Aus der Universitäts-Nervenklinik Tübingen
Direktor: Prof. Dr. W. Schulte

Verschiedene Symptome der Pubertätskrise im Hinblick auf ihre Weiterentwicklung

Inaugural-Dissertation

zur
Erlangung des Doktorgrades
der Medizin
einer
Hohen Medizinischen Fakultät
der
Eberhard-Karls-Universität
zu Tübingen

vorgelegt von

Jürgen Kunath

aus Berlin

8035

1964

Aus der Universitäts-Nervenklinik, Tübingen
Direktor: Professor Dr. S c h u l t e

"Verschiedene Symptome der Pubertätskrise im Hinblick auf ihre Weiterentwicklung"

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades
der Medizin
einer Hohen Medizinischen Fakultät
der Eberhard-Karls-Universität
zu Tübingen

vorgelegt von

Jürgen K u n a t h
aus Berlin

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Dekan: Professor Dr. H a r m s

1. Berichterstatter: Professor Dr. L a n g e n

2. Berichterstatter: Professor Dr. S c h u l t e .

Für die Überlassung dieser Arbeit und für seine ständige Hilfsbereitschaft möchte ich Herrn Professor Dr. L a n g e n herzlichst danken.

Inhaltsverzeichnis.

A: Gesamteinleitung S. 1.

B: Einzelne Leitsymptome S. 2.

1.) Vegetative Dystonie S. 2.
Eigene Untersuchungen S. 4.
a) Zusammensetzung des Krankengutes S. 4.
b) Symptomatik S. 5.
c) Nachuntersuchung S. 6.
d) Beispiele S. 7.
e) Zusammenfassende Auswertung S. 8.

2.) Kopfschmerzen S. 12.
Eigene Untersuchungen: S. 14.
a) Zusammensetzung des Krankengutes S. 14.
b) Symptomatik S. 15.
c) Nachuntersuchung S. 15.
d) Beispiele S. 16.
e) Zusammenfassende Auswertung S. 17.

3.) Erlebnisreaktive Depressionen, reaktiver Verstimmungszustand S. 19.
a) Zusammensetzung des Krankengutes S. 20.
b) Symptomatik S. 21.
c) Nachuntersuchung S. 22.
d) Beispiel S. 23.
e) Zusammenfassende Auswertung S. 24.

4.) Psychogene Anfälle, Erregungszustände S. 26.
Eigene Untersuchungen S. 27.
a) Zusammensetzung des Krankengutes S. 27.
b) Symptomatik S. 27.
c) Nachuntersuchung S. 28.
d) Beispiel S. 30.
e) Zusammenfassende Auswertung S. 30.

5.) Hypochondrische Entwicklung, Primitivreaktionen, Kurzschlußreaktionen, Frühverwahrlosung S. 32.

I) Hypochondrische Entwicklung S. 33.
a) Eigene Untersuchungen S. 33.
b) Symptomatik S. 33.
c) Nachuntersuchung S. 34.
d) Zusammenfassende Auswertung S. 34.

II) Primitivreaktionen S. 36.

III) Kurzschlußreaktionen S. 36.

IV) Frühverwahrlosung S. 37.

6.) Suicid-Versuche S. 37.
Eigene Untersuchungen S. 39.
a) Zusammensetzung des Krankengutes S. 39.
b) Suicid-Versuche S. 40.
c) Nachuntersuchung S. 41.
d) Beispiele S. 42.
e) Zusammenfassende Auswertung S. 44.

C: Zusammenfassung der einzelnen Symptomgruppen:
Befunde der einzelnen Symptomgruppen S. 63.

A) Alters- und Geschlechtsverteilung S. 64.
B) Familiäre Belastung S. 69.
C) Familiensituation S. 70.
D) Sexuelle Probleme S. 70.
E) Besserungsgrad S. 71.
F) Familienstand zurzeit der Nachuntersuchung S. 72.

D: Gesamtzusammenfassung S. 74.

E: Literaturübersicht S. 76.

A: Gesamteinleitung.

Diese Arbeit stellt eine Katamnese der Fälle dar, die vor 3-12 Jahren in der Universitäts-Nervenklinik Tübingen unter folgenden Diagnosen behandelt wurden.

1.) Suicid-Versuche
2.) Verstimmungszustände
3.) Hypochondrie
4.) Psychogene Anfälle
5.) Kopfschmerzen
6.) Vegetative Dystonie
7.) Kurzschlußreaktionen
8.) Primitivreaktionen
9.) Verwahrlosung
10.) Verdacht auf delirante Episoden.

Auch wurden nur Fälle nachuntersucht, die zurzeit ihrer Einweisung zwischen 14 und 20 Jahre alt waren; also beim Manifestwerden ihrer Krankheitssymptome noch Jugendliche waren.

Insgesamt handelte es sich um 117 Fälle, 67 Frauen und 50 Männer, von denen 36 Frauen und 34 Männer nachuntersucht werden konnten - also nur etwa 52%. Es ist daher doch wohl besser, von einer "Verlaufsstudie" zu sprechen, statt von einer "Katamnese". Weitere Zahlen sind aus Tabelle 1 und 2 ersichtlich.

Diejenigen Patienten, deren Adresse ermittelt werden konnte, wurden angeschrieben und um einen Besuch in der Nervenklinik gebeten. Meistens wurde auf diese Briefe überhaupt nicht reagiert, sodaß noch zweimal schriftlich um einen Besuch gebeten wurde. Die Patienten, die auch dann noch nicht kamen, erhielten einen Fragebogen zugesandt, mit der Bitte, ihn ausgefüllt wieder zurückzusenden. Wenn auch jetzt noch keine Antwort kam, wurde dem Fragebogen noch ein bereits frankierter, mit Rückadresse versehener Briefumschlag beigelegt. Bei denen, die auf die Aufforderung hin gekommen waren, wurde durch eine Befragung ver-

sucht, Aufschlüsse über die jetzigen körperlichen und psychischen Befunde, den Krankheitsbefund, die soziologische Entwicklung und die Kontaktentwicklung zu bekommen.

Mit demselben Ziel waren auch die Fragebogen abgefaßt. (Siehe beiliegenden Fragebogen).

Ein Ziel der Arbeit war nun, zu versuchen, die obengenannten verschiedenen Krankheitsbilder als Symptom bezw. als Folge einer Pubertätskrise darzustellen. Das soll aber erst später genauer erörtert werden.

Im folgenden werden die Ergebnisse der Nachuntersuchungen nach der führenden Symptomatik geordnet, getrennt voneinander aufgeführt, wobei die Reihenfolge willkürlich gewählt ist.

B: Einzelne Leitsymptome.

1.) Vegetative Dystonie.

Speziell unter Berücksichtigung einer Arbeit v.G.HARRER

Über den Begriff der vegetativen Dystonie besteht heute einige Verwirrung, da er häufig unkritisch angewendet wird. 1934 wurde er erstmals von B.WICHMANN geprägt. Seitdem hat es die verschiedensten Meinungen darüber gegeben. So sagt z.B. H. HOFF: "Kein Arzt weiß, was das ist, kein Patient weiß, was das ist, aber häufig ist es auf jeden Fall" Oder: "Die vegetative Dystonie ist weder eine Diagnose, noch eine Bezeichnung der Krankheitsursache, sondern wenn es überhaupt einen Sinn hat, ein Grund nachzudenken, und in jedem Fall zu untersuchen, was im Einzelfall vorliegt und was bei ihm ärztlich angemessen ist !".
Und später: "Die vegetative Dystonie ist eine zentral oder peripher ausgelöste Unordnung der vegetativen Funktionen!".

BIRKMAYER und WINKLER bezeichnen die vegetative Dystonie kurz als "Sammeltopf diagnostischer Insuffizienz" und tatsächlich ist es auch die bei den Neurologen am häufigsten gestellte Diagnose. (Wien 39%).

In der Gießener Poliklinik fand Th.v. UEXKÜLL, daß 25% aller Durchgänge an dieser Krankheit litten, nicht mitgezählt werden die Fälle, bei denen die körperliche oder laboratoriumsmäßige Untersuchung geringfügige Abweichungen von der Norm zeigte.
Diese Fälle wurden von KAUFMANN und BERNSTEIN mitgezählt, sodaß sie in der Poliklinik eines der größten New Yorker Krankenhäuser auf 81% kamen.

A.STURM meint, daß es sich bei der vegetativen Dystonie um eine Disharmonie oder Entgleisung der vegetativen Regulation handelt. Und K!PETER nennt die vegetative Dystonie

eine "konditionale Dekompensation innerhalb des vegetativen Nervensystems und der Funktion der inneren Organe".

E.KRETSCHMER schließlich bezeichnet die vegetative Dystonie als "Mitteilungen ursprünglicher Art, d.h. als Körpersprache im Gegensatz zur Wortsprache und Gebärde. Was auszusprechen nicht erlaubt ist, kann einen körpersprachlichen Ausweg finden".

Man kann also die vegetative Dystonie als Synonym für vegetative Disregulation oder vegetative Betriebsstörung auffassen. Häufig werden auch folgende diagnostische Begriffe angewendet, die die Vielzahl der ätiologischen Vorstellungen zeigen: Vegetative Stigmatisation, vegetative Ataxie, vegetative Neurose, vegetative Areflexie, Sympatikotonie, Vagotonie, vegetatives endokrines Syndrom, Organneurose und psychogene Störung.

Von UEXKÜLL schlägt den Begriff "Funktionelles Syndrom" vor, womit er auf eine Aussage im ätiologischen Sinne bewußt verzichtet und sich darauf beschränkt, diese Störungen gegenüber ähnlich gearteten, welche bei bestimmten organischen Krankheiten auftreten, als funktionelle abzuheben.

Nicht zur vegetativen Dystonie gehört die vegetative Labilität auf rein konstitutioneller Grundlage, die unter Belastungs- und Entlastungssituationen zur Dekompensation neigt, wobei dann erst bestimmte Beschwerden manifest werden, bezw. Krankheitswert erhalten. (W.SCHULTE).

Die Symptome der vegetativen Dystonie sind unspezifisch und man muß subjektive und objektive unterscheiden. (nach H.LUTZ).

Subjektive Symptome: Kopfschmerz, Schwindel, Benommenheit, Müdigkeit, Mattigkeit, Ohnmachtsneigung, vermehrte Schweißsekretion, Herz- und Atembeschwerden, Magen-Darmstörungen, Appetitsstörungen, Obstipation, Neigung zu kalten Händen und Füßen, Wetterempfindlichkeit, Störung des Schlafes, - der Sexualsphäre, - der Menstruation, - der Merkfähigkeit, Aufmerksamkeit und Konzentration, Angstzustände, erhöhte Erregbarkeit und Reizbarkeit, Stimmungslabilität, Neigung zu depressiven Verstimmungen.

Objektive Symptome: Erhöhte, erniedrigte oder schwankende Blutdruckwerte, Pulslabilität, E.K.G.-Veränderungen, Akrozyanose, Gesichtsblässe oder flüchtige Gesichtsrötung, verstärkter Dermographismus, Cutis marmorata, Tonus -, Motilitäts -, und Sekretionsstörungen im Magen - Darm - Trakt, Dyspepsie, Dysfermentie, Hyp - und Hyperacidität, Fehlatmung, Labilität des Mineral und Wasserhaushaltes, - der Stoffwechsel- und Temperaturregulation.

Diese Beschwerden zeigen nun eine Abhängigkeit von bestimmten inneren Einflüssen (z.B. Menstruation) und äußeren Ereignissen (Jahreszeit, klimatische - und Wetter-Einflüsse, Überarbeitung, Aufregung usw.). Bedingt sind diese Störungen meist multifaktoriell, so sind vorallem kollektive und individuelle Faktoren zu unterscheiden. (Es wäre auch eine Einteilung in exogene und endogene Faktoren möglich).

Kollektive Faktoren: (nach BIRKMAYER). Störungen des vegetativen Grundrhytmus, rasantes Lebenstempo, übersteigertes Leistungsstreben, Lebensangst, Zunahme der permanenten Licht- und Lärmreize, Klima.

Individuelle Faktoren: Arbeitsüberlastung, Konflikte, lokale Belastungsfelder, toxische Reize, Schädeltraumen. Wichtig sind auch konstitutionelle Faktoren und die gesamte Persönlichkeit.

Für den Krankheitswert der vegetativen Betriebsstörung spielt die psychische Verfassung eine ausschlaggebende Rolle. BIRKMAYER fasst dies folgendermaßen zusammen: Das Schicksal eines Menschen bezw. seiner vegetativen Eutonie hängt von seiner konstitutionellen Kapazität und von der Summe der exogenen und endogenen Belastungen ab. In diesem Zusammenhang führt er auch den Begriff der "vegetativen Kapazität" auf, d.h. die Resultierende aus der konstitutionell vorhandenen und der konditionell verbrauchten vegetativen Energie.

W.SCHULTE weist auf die Wichtigkeit der Bedeutung der Persönlichkeit, der Tiefenperson mit Einschluß der Gemüts- und Gesinnungskräfte in ihrer Kompensierungs- und Gestaltungsfähigkeit für vegetative Störungen hin.

Nach G.BIERMANN kann die vegetative Dystonie als Schrittmacher neurotischer Funktionsstörungen angesehen werden.

Psychische Faktoren beeinflussen die Intensität der Beschwerden, bezw. den Schwellenwert, von dem es abhängt, ob eine latente Störung manifest wird und Krankheitswert erhält.

Bei den nachuntersuchten Patienten ergab sich nun folgendes:

Eigene Untersuchungen:

a) Zusammensetzung des Krankengutes.

Nachuntersucht nach 5-14 Jahren wurden insgesamt 17 Fälle von 25 behandelten. Davon waren 13 Frauen und nur 4 Männer. (Eine offenbar beim weiblichen Geschlecht häufiger vorkommende Erkrankung). Bei der Aufnahme in der Nervenklinik waren die Patienten zwischen 15 und 20 Jahre alt.

In 12 Fällen lebten zurzeit der Klinikaufnahme der Patienten beide Eltern noch, in 4 Fällen fehlte der Vater und in einem Fall lebten beide Eltern nicht mehr. In acht Fällen, bei denen beide Eltern noch lebten, war die eheliche Harmonie gestört, in 4 unauffällig. Der Beruf des Vaters war handwerklicher Art (bei 8 Fällen), Landwirt (3), Ingenieur (1) (hier war auch das häusliche Milieu gut), Kaufmann (1).

Somit ließ sich bei 16 von 17 nachuntersuchten früheren weiblichen Patienten mit einer vegetativen Dystonie eine gestörte

Familiensituation (in der anglo-amerikanischen Literatur - broken-home-situation - genannt) feststellen.

16 Patienten hatten die Volksschule besucht und 9 hatten sich danach der Fabrikarbeit zugewandt, zwei waren Hausangestellte, jeweils einer Näherin, Schreiner, kaufmännischer Angestellter. Zwei Patientinnen waren Leiterin der Filiale eines Lebensmittelgeschäftes. Eine Patientin ging noch zur Oberschule. Häufiger Wechsel des Arbeitsplatzes fand in 2 Fällen statt. 14 Patienten hatten ihren Wohnsitz auf dem Land und 3 in der Stadt.

Die Intelligenz war in 4 Fällen leicht vermindert, in 10 Fällen der Ausbildung entsprechend und in 3 Fällen gut. Der Kontakt zu anderen Menschen war in 8 Fällen gut, bei 4 Fällen ausreichend und bei 5 Fällen schlecht.
Auch war die Einstellung den Mitmenschen gegenüber siebenmal gut, sonst ambivalent (4), zurückhaltend, mißtrauisch (4), bezw. sehr kritisch (1).
Die Ablösung vom Elternhaus war in 7 Fällen gelungen, in den anderen Fällen fühlten sich die Patienten noch stark an das Elternhaus gebunden und zwar in 5 Fällen besonders stark an die Mutter.
Die wirtschaftliche Lage war durchweg ausreichend und gut. Die Hauptausgaben neben Kost und Wohnung waren meist für Anschaffungen (bei 12 Fällen), für Vergnügungen +(3), für Sparen (4), für kirchliche Spenden bezw. für ein uneheliches Kind in jeweils 1 Fall.

b) Symptomatik.

Stets kamen die Symptome multifaktoriell vor ; es waren:

subjektive: Kopfschmerz (er kam 13 mal vor), Schwindel (8), Brechreiz (4), Müdigkeit (4), Dysmenorrhoe (3), Herzbeschwerden (3), erhöhte Erregbarkeit (2), Frösteln (1) Durst (2), Appetitlosigkeit (3), kalte Hände oder Füße (2), Atemnot (2), Witterungsempfindlichkeit (4), Angstgefühl (2), Schlafstörungen (2), Ohnmachtsneigung (3) sexuelle Störungen (9), Konzentrationsstörungen (1), Sehstörungen (2), Stimmungslabilität (3).

objektive: Hoher Blutdruck, Hypotonie, E.K.G.-Veränderung, Nasenbluten in je 1 Fall, Dermographismus in 2 Fällen.

Als Ursachen sollen hier nur die individuellen genannt werden: Arbeitsüberlastung (3), Ablösungsschwierigkeiten (5), Tod eines Elternteils (1), überbesorgte Eltern (1), Ambivalenz gegen Arbeit (4), Ambivalenz gegen einen Elternteil (3), sexuelle Schwierigkeiten (7), Schuldgefühl (2), Selbstwertprobleme (2). Bei jeweils einem Patienten traten die Symptome nach einem Unfall, bezw. nach einer rezidivierenden Nierenentzündung auf.

c) Nachuntersuchung:

Die Patienten waren zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung nach 5-14 Jahren zwischen 20 und 34 Jahre alt. Auffallend war, daß bei allen Fällen körperbauliche Eigentümlichkeiten oder charakterlich-psychische Fehlhaltungen vorlagen. So fanden sich : Dysplasien (in 7 Fällen), Hypoplasien (3), infantile Persönlichkeiten (5), labile Persönlichkeiten (7). Je einmal kamen vor: Tablettensucht, still asthenisches Verhalten, Adipositas, einfaches Wesen. Bei zwei Patienten zeigte sich eine gesteigerte sexuelle Triebstruktur, die bei den anderen Fällen eher etwas vermindert war.

Von den 17 unter der Diagnose"vegetative Dystonie" behandelten Patienten waren bei der Nachuntersuchung

5 Fälle gut gebessert
9 Fälle befriedigend gebessert und
3 Fälle ungebessert.

Insbesondere hatten sich die psychischen Eigentümlichkeiten gebessert, während die psychomotorischen Symptome noch vorhanden waren, aber nur als wenig störend empfunden wurden. Eine Heilung trat aber in keinem Fall ein.
Im Kontaktbereich zeigten 8 ein völlig unauffälliges Verhalten und gute Weiterentwicklung, während 5 oberflächlich, bezw. noch nicht ganz frei oder ambivalent in den Beziehungen zu anderen Menschen waren. Bei 3 davon lag noch eine persistierende überstarke Bindung an die Mutter vor. Nur 4 Fälle zeigten eine schlechte Entwicklung im Kontaktbereich. 7 Personen waren verheiratet und hatten auch schon 1 oder mehrere Kinder. Zwei waren verlobt. Fünf hatten den Wunsch, später eine Familie zu gründen; die zwei Patienten, die auch im Kontaktbereich nicht ungestört waren, lehnten die Gründung

einer Familie ab. Ein Patient hatte ein uneheliches Kind.

Auf soziologischem Gebiet waren alle Patienten unauffällig, zwei waren allerdings noch etwas unstabil, aber in Aufwärtsentwicklung. Zwei teigten sogar übertriebene soziale Verpflichtungen, die sich bei einem Fall in ausgesprochener Vereinsmeierei, im anderen in einer starken Affinität zu sektiererischer Religiosität offenbarten.

Die Faktoren, die für eine Besserung der Symptomatik und der Kontaktfähigkeit angegeben wurden, waren : Milieuwechsel, Heirat, Kinder, Aufklärung über die bestehende Krankheit, Arbeitsplatzwechsel, Herauswachsen aus dem Pubertätsalter.

d) Beispiele:

Zwei in ihrer Art typische Beispiele sollen einen ersten Einblick in die Zusammenhänge geben. Das eine soll ein Beispiel sein, bei dem die Symptomatik der Erkrankung sich gut gebessert hat, das andere, bei dem kaum eine Besserung auftrat.

Zwischen diesen Beispielen liegen dann die anderen Fälle, bei denen die Symptome sich mehr oder weniger gut gebessert hatten, aber bei körperlichen Anstrengungen oder seelischen Konflikten wieder auftraten und zwar bei den verschiedenen Patienten in verschiedener Stärke, verglichen mit der Intensität der Symptome zurzeit der Aufnahme in die Nervenklinik.

1.) Gerlinde M., geboren am 5.7.35 in Dätzingen.
Beruf: Arbeiterin.

Im Alter von 18 Jahren wurde die Patientin in der Nervenklinik aufgenommen, da sie schon seit dem 16. Lebensjahr über Atemnotanfälle, Angstzustände, Herzbeschwerden, Krämpfe in Armen und Beinen, Schmerzen vor der Periode, Appetitlosigkeit, trockenes Gefühl in Hals und Mund klagte. Bei der kleinsten Erregung bekam sie starkes Herzklopfen.

Es handelte sich um eine im Psychischen noch etwas infantile Patientin, bei der die Triebstruktur aber deutlich gesteigert war. Die Sexualität stand bei ihr im Vordergrund. So hatte sie schon seit einiger Zeit intimen Verkehr mit den verschiedensten Männern; auch betrieb sie eine starke Selbstbefriedigung. Dadurch bekam sie starke Schuldgefühle, vorallem auch der Kirche gegenüber. Dazu gesellten sich verschiedene Enttäuschungen durch ihre Freunde, von denen keiner ernste Absichten ihr gegenüber zeigte. Zu diesen Konfliktsituationen kam noch eine ablehnende Einstellung gegenüber ihrer etwas eintönigen Fabrikarbeit und eine ambivalente Einstellung zum Elternhaus, besonders zur Mutter.

In der Nervenklinik nun bekam sie Medikamente und es wurde ihr außerdem dringend ein Milieuwechsel und ein Wechsel des Arbeitsplatzes empfohlen. Durch Aussprache mit dem Arzt

wurde versucht, ihr einen Einblick in den Zusammenhang ihrer Lebenssituation mit den Krankheitssymptomen zu geben. Dies gelang aber erst spontan 1/2 Jahr nach der Entlassung aus der Klinik. Bis dahin hatte sich noch keine Besserung gezeigt. So sagte die Patientin selbst: "Es fiel mir auf, daß ich keinen Mut, keinen Willen und kein Ziel hatte. Ich erinnerte mich, wie sehr man mir bei Ihnen während der Behandlung empfohlen hatte, mich nach einer anderen Beschäftigung umzusehen. Zum ersten Mal bekam ich richtig Lust, ein anderes Leben zu führen. Ich wollte andere Menschen kennenlernen und eine andere Umgebung haben. Ich wollte nicht immer nur Zuschauer sein, sondern so richtig mit dabei sein. Ich wollte etwas leisten und etwas erleben. Nur so, glaube ich, hat das Leben einen wirklichen Sinn !".

Die Patientin wechselte daraufhin ihren Beruf und bekam eine interessantere Tätigkeit in einem Obst- und Gemüseladen. Bald heiratete sie auch und hat jetzt einen 2 1/2 jährigen Sohn; wie sie selbst sagt, ist sie glücklich verheiratet. Die Krankheitssymptomatik hat sich stark gebessert, sodaß sie darunter nicht mehr zu leiden hat.

2.) Heinz W., geboren 10.6.1933 in Stuttgart.
Beruf Bauschlosser.

Mit 19 Jahren wurde der etwas dickliche, psychisch sehr langsame, charakterlabile Patient in der Nervenklinik aufgenommen, da er über morgendliche Kopfschmerzen, Schwindelgefühl, Brechreiz und Müdigkeit klagte und immer aufgeregt war. Gegen die Kopfschmerzen hatte er immer Thomapyrin-Tabletten genommen. Die Behandlung bestand in Aussprachen mit dem Arzt und in einer Schlafkur. Nach der Klinikentlassung besserte sich sein Zustand etwa 2 Jahre lang. Danach traten wieder Kopfschmerzen auf, die der Patient sofort wieder mit Tabletten bekämpfte. Es entstand eine nun seit Jahren bestehende Tablettensucht; obwohl er verheiratet ist und 3 Kinder hat, wohnt der Patient noch heute im Elternhaus und fühlt sich noch immer stark an die Mutter gebunden. Er spricht reichlich dem Alkohol zu, da wie er sagt, "mein Zustand nur im Alkohol ertragen werden kann". Auffällig sind die übertriebenen sozialen Verpflichtungen, die er übernommen hat. Er ist Mitglied eines Sportvereins, des Kleintierzüchter-Vereins und Altsenior, d.h. Vorstand der verheirateten und älteren Mitglieder in der Kolpingsfamilie.
Die Beschwerden, wegen denen er vor 11 Jahren in die Nervenklinik kam, sind heute wieder mit gleicher Intensität vorhanden, seine Müdigkeit hat sich sogar verschlimmert.

e) Zusammenfassende Auswertung:

Die Symptome traten während oder nach mehr oder weniger starken psychischen oder körperlichen Belastungen auf, wobei innere und äußere Konfliktsituationen eine große Rolle spielen. Diese Konfliktsituationen waren verschiedener Art und reichten vom rein individuellen an eine bestimmte Situation gebundenen Konflikt, bis zum kollektiv auftretenden existentiellen Konflikt. Das Auftreten der Symptomatik im

im Anschluß an Konfliktsituationen, ohne unmittelbare Affektentladungsmöglichkeit, entspricht ganz der Auffassung von E. KRETSCHMER, der die vegetative Dystonie als eine Art Körpersprache bezeichnet hat. Da alle Patienten anlagebedingte Eigentümlichkeiten, entweder im Körperlichen (Hypoplasie, Dysplasie, Retardierung usw.) oder im Psychischen (infantile -, labile -, einfache Züge) zeigten, kann angenommen werden, daß nicht jeder Körper die Fähigkeit zur "Sprache" hat, sondern eine bestimmte, anlagebedingte Voraussetzung gegeben sein muß. Das heißt aber nicht, daß körperliche und seelische Anomalien vorliegen, sondern es sind Voraussetzungen, die durchaus noch im Rahmen des "Normalen" liegen können. Der Körper zeigt also eine gewisse Bereitschaft auf Konfliktsituationen mit einer vegetativen Symptomatik zu reagieren. Diese Bereitschaft nun kann entweder ererbt sein, oder kann intrauterin oder im späteren Leben erworben sein, wobei wohl die hormonellen Verhältnisse, die Intelligenz, der Charakter, das häusliche Milieu und die Umgebung eine Rolle spielen.
So waren bei der Mehrzahl der nachuntersuchten Patienten die häuslichen Verhältnisse nicht besonders günstig, die Intelligenz lag vielfach an der unteren Grenze der Norm, und der hormonelle Einfluß zeigte sich an den Dysplasien, Hypoplasien und wenn man so will, auch an der gesteigerten oder verminderten sexuellen Triebstruktur. Die Bedeutung der hormonellen Verhältnisse zeigt sich auch darin, daß bei einer Patientin, bei der auch ein infantiles Genitale vorlag, die Symptomatik sich nach der Geburt des ersten Kindes besserte, d.h. es war durch die hormonale Umstellung während der Schwangerschaft eine endokrine Normalisierung eingetreten.

Wenn nun eine Bereitschaft des Körpers, auf diese Art zu reagieren, angenommen wird, so wäre zu fordern, daß eine wirklich vollkommene Ausheilung der Beschwerden nicht möglich ist, d.h. daß wohl ein symptomenfreies Intervall auftreten kann, daß die Symptomatik aber bei besonderen Belastungen wieder auftritt. Wie groß diese Belastungen sein müssen, hängt von der Bereitschaft des Körpers ab. So kann man wohl sagen, daß die verschieden hohe Bereitschaft bei den verschiedenen Patienten von der unterschiedlichen Höhe eines

"Schwellenwertes" abhängt, und daß die vegetativen Störungen dann auftreten, wenn die psychischen Faktoren so stark sind, daß sie diesen "Schwellenwert" überschreiten, was auch durch eine Summation "unterschwelliger" psychischer Faktoren möglich zu sein scheint, wenn sie genügend schnell aufeinander folgen und die Kompensierungskräfte des Organismus nicht mehr ausreichen. So kann eine affektive Belastung zur Manifestation von vegetativen Vorgängen führen, d.h. eine psychische Überbeanspruchung kann über den Affekt zu organischen Veränderungen führen. Die Höhe der Schwelle ist anlagebedingt; eine tiefliegende Schwelle wird schon durch psychische Faktoren überschritten, die bei anderen Menschen noch weit unterhalb des Schwellenwertes liegen würden. Auf die besondere "Schwellensituation" während der Pubertät soll später noch speziell eingegangen werden. Ein Sinken der Schwelle ist wohl auch bei abnormen Belastungen, nach Infektionskrankheiten usw. gegeben. Da die Schwelle nun von den Anlagen abhängt, ist anzunehmen, daß eine echte Besserung der Symptomatik unwahrscheinlich ist. Tatsächlich zeigte sich auch, daß kein Patient eine völlige Ausheilung zeigte und daß bei besonderen inneren oder äußeren Belastungen die Beschwerden wieder auftraten.

Die bestehenden Schwierigkeiten und Symptome, die als solche noch nicht störend empfunden werden, können nun z.B. in der Pubertät akzentuiert werden, sodaß hier schon eine geringe Ursache zur Auslösung der Symptomatik führen kann und so die Symptome jetzt als störend empfunden werden.

Nach der Pubertät sind grundsätzlich zwei Wege möglich. Entweder schwächt sich die Symptomatik wieder ab, was meist der Fall ist und sich bei 10 der nachuntersuchten Patienten mit vegetativ dystoner Symptomatik zeigen ließ, oder es kommt zu einer Verschärfung der Krisen, d.h. zur Manifestation der verschärften Symptomatik mit all den beruflichen Folgen der Störung der Kontaktentwicklung und der Möglichkeit der Entstehung einer neurotischen Persönlichkeit. Die berufliche Entwicklung konnte bei allen Patienten als unauffällig bezeichnet werden, während die Entwicklungen im Kontaktbereich bei 4 Patienten ausgesprochen negativ verlaufen waren und bei 5 Patienten die Kontaktfähigkeit etwas

oberflächlich war. Dies braucht aber nicht in jedem Fall auf einer Verschärfung der Symptomatik zu beruhen, sondern ist wahrscheinlich mit durch die Persönlichkeitsstruktur bedingt. Bei den Fällen, bei denen sich die Symptomatik etwas gebessert hatte, beruhte die Besserung darauf, daß die unmittelbaren Konflikte durch Milieuwechsel oder Wechsel des Arbeitsplatzes usw. beseitigt werden konnten, oder daß die Patienten nach Aussprache mit dem Arzt dann selbst Verständnis für die Zusammenhänge der Entstehung der Symptomatik bekamen. Dieses "Sichselbsterkennen" war für die Besserung von großer Wichtigkeit, setzte aber einen gewissen Grad von Intelligenz voraus (siehe Beispiel 1), der aber meist nicht gegeben war. Oft beruhte die Besserung auch lediglich auf der Tatsache, daß die Patienten mit der Zeit aus der Labilisierungsphase der Pubertät herausgewachsen waren. Eine Bedeutung hatte in den meisten Fällen auch die Heirat, die dadurch bedingte positive Aufgabenstellung, und die Ablenkung von der übermäßigen Beobachtung der eigenen Person durch die Sorge für den Ehepartner. In einem Fall allerdings entstanden durch die Heirat neue Konflikte und neue psychische Belastungen, was sofort die Symptomatik wieder verschlechterte.

Die wichtige Rolle der Schwangerschaft mit den dadurch für die endokrin labile Konstitution günstigen hormonellen Umstellungen, mit der Schaffung einer stärkeren, widerstandsfähigeren Grundstruktur oder der Nachreifung einer noch infantilen, labilen Charakterstruktur und der schon oben erwähnten endokrinen Normalisierung soll hier ausdrücklich erwähnt werden. Es entsteht dadurch wohl eine Erhöhung des Schwellenwertes für die Entstehung somatischer Symptome durch Konfliktsituationen. Mit am wichtigsten aber war die Schaffung eines positiven Lebensgefühls, einerseits durch die obengenannten Gründe, andererseits z.B. auch durch die Stellung anderer, neuer Lebensaufgaben, wie z.B. das Aufgehen in einer religiösen Gemeinschaft, oder in der Kompensation des verminderten Selbstwertgefühles durch freiwillige, meist übertriebene soziale Verpflichtungen, (siehe Beispiel 2, obwohl dadurch hier keine objektive Besserung der Symptomatik eintrat).

So kann man zum Schluß wohl sagen, daß die Entstehung der verschiedenen vegetativen Symptome, die unter der Bezeichnung vegetative Dystonie zusammengefaßt werden, auf den verschiedenen Ursachen individueller Art beruhen, auf der Entstehung von Konfliktsituationen, die verschiedenen Konfliktwert haben können, daß aber stets eine strukturelle Präposition im Persönlichkeitsbereich des Erkrankten gegeben sein muß. Diese Präposition, d.h. die Fähigkeit zur abnormen Verarbeitung von Affekten, kann ererbt oder erworben sein und sie verhindert ein vollkommenes Verschwinden der vegetativen Symptomatik. Diese kann wohl wieder unter die Oberfläche des Bewußtseins sinken, aber durch verschiedene Anlässe, die zu einer Belastung körperlicher oder psychischer Art führen, wieder ins Bewußtsein vordringen, um dann wieder als störend empfunden zu werden. Die "Schwelle" ist wieder überschritten.

2.) Kopfschmerzen. (nach J. CREMERIUS und H. HEYCK).

Der Kopfschmerz ist ein Symptom, welches bei einer großen Zahl sehr unterschiedlicher Erkrankungen auftritt. Hier interessiert vorallem das als "psychogener Kopfschmerz" bezeichnete Krankheitsbild. Der Name soll besagen, daß "Seelisches" an der Entstehung des Leidens beteiligt ist. Gemeint sind jene Krankheitsfälle, die durch einen offenkundigen Konflikt, eine seelische Krise, eine inadäquate Affektverarbeitung oder Reaktion gekennzeichnet sind. Also auch die, bei denen das Symptom als chronisches Leiden im Rahmen einer neurotischen Persönlichkeitsentwicklung auftritt. Dieses letztere wird als psychosomatisches Krankheitsbild im engeren Sinne verstanden, hierzu zählt z.B. auch die Migräne.

Die klinische Einteilung des Kopfschmerzes geschieht zurzeit in 4 Gruppen: Migräne, vasomotorischer Kopfschmerz, Gesichts- und Kopfneuralgien und die symptomatischen Kopfschmerzen. Hier ist das Symptom nur eine unter vielen Folge- und Begleiterscheinungen einer Grundkrankheit, nach welcher der Kopfschmerz dann jeweils benannt wird. In dieser 4.Gruppe wird auch der psychogene Kopfschmerz aufgeführt. Die Zahl der an Kopfschmerzen leidenden Patienten ist sehr groß. Genaue Angaben lassen sich jedoch nicht aufstellen, da viele Patienten gar keinen Arzt aufsuchen und sich selbst mit Tabletten zu helfen versuchen. Eine Befragung der Bevölkerung in München ergab, daß 43% an Kopfschmerzen und 15% an Migräne leiden. (H.Thiemann).

Symptomatischer Kopfschmerz: Seine Diagnose ist mit Hilfe objektiver Kriterien zu stellen. Die verursachenden Grundkrankheiten sind z.B. Schädeltraumen, organische Gefäß-

erkrankungen, Hirntumore, entzündliche intrakranielle Erkrankung, Änderung des Liquordruckes, Erkrankungen von Seiten der Augen, Ohren, Zähne, Halswirbel usw., Allgemeinerkrankungen wie Fieber, Anämie, Intoxikationen, hier vorallem auch die medikamentöse,Intoxikation.
Krankhafte Befunde müssen aber nicht notwendig auch Krankheitsursachen sein. Die Herstellung einer ursächlichen Beziehung zwischen pathologischem Befund und einer krankhaften Störung kann eine reine Hypothése darstellen. Deshalb muß stets der ganze Mensch in Betracht gezogen werden, nur so kann vermieten werden, krankhafte Befunde im Bereich des Seelischen zu übersehen. So sagt G.v.BERGMANN: " Nicht jede gestörte Struktur ist Krankheit. Die functio laesa aber ist in jedem Falle Krankheit".

Psychogener Kopfschmerz: Hierbei liegen meist grobe psychische Auffälligkeiten vor. Seelische Erlebnisse und belastende Erfahrungen stehen in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit dem ersten Auftreten der Störung. Allerdings muß auch hier zwischen pathologischem Befund und Krankheitsursache unterschieden werden. Das Vorliegen traumatischer oder belastender Erlebnisse sagt nichts über deren Stellenwert aus. So könnte ja z.B. auch durch eine bestimmte Organerkrankung die Fähigkeit des Kranken mit eine solchen Erlebnis fertig zu werden, vermindert oder verändert sein. Außerdem ist der Begriff "seelische Belastung" sehr unspezifisch, da bei verschiedenen Menschen die belastende Situation ~~stark~~ verschieden stark empfunden wird. Belastungen sind nicht nur im Faktum des Ereignisses zu suchen, sondern erweisen sich erst in der Art der Verarbeitung desselben als Konflikte. Es sind auch nicht so sehr die äußeren und gravierenden Erlebnisse, die eine Belastung darstellen, sondern vielmehr die chronischen Dauerwirkungen und Spannungen, die symptomerzeugend sind.

Früher glaubte man, ein pathologischer Befund schließe eine Psychogenese aus. Diese Auffassung vom Gegensatz organisch-psychisch ist aber inzwischen durch die Vorstellung eines psycho-physischen Simultangeschehens ersetzt worden. Eine der Ursachen des Leidens ist häufig das Bestehen einer funktionalen Störung. Diese wird z.B. durch lokale Krankheitsprozesse, Allgemeinerkrankungen und psychische Konflikte in Gang gesetzt.

G.v.BERGMANN sagt in diesem Zusammenhang, daß Kopfschmerzen die monotone Antwort des Organismus auf eine Unzahl heterogener Reize darstellt. Dies gilt auch für die Migräne, deren erbbedingte Tendenz zu diencephaler Übererregbarkeit nur ein Glied in der Betriebsstörung darstellt, nicht aber deren Ursache ist.

Vasomotorischer Kopfschmerz: Häufig wird darunter nur ein chronischer Kopfschmerz verstanden, bei dem besondere Begleiterscheinungen fehlen und keine Befunde im Sinne einer symptomatischen Störung vorliegen. Oft aber wird ihm auch eine vasomotorische Genese unterstellt, ähnlich der Migräne. Eine äthiologische Klarheit besteht bis heute noch nicht.

Über die Entstehung des Schmerzes als solchen gilt heute die Theorie von WOLFF: Der Schmerz ist ein Anoxie -

Schmerz, verursacht durch vasomotorische Durchblutungsstörungen der terminalen Gefäßbahn. Die Ursachen für die Entstehung der Hypoxie sind mannigfaltig, das Erfolgsorgan ist stets das Kopf-Gefäßsystem. Eine der Ursachen kann eine seelische sein, wobei die chronisch seelische Dauerwirkung die häufigste ist. In den chronischen Fällen wird es meist in Form des unbewußten Konfliktes pathogenetisch wirksam.

Eigene Untersuchungen:

a) Zusammensetzung des Krankengutes.

Von 22 Patienten wurden 13 nachuntersucht, 4 Männer und 9 Frauen. Zurzeit der Aufnahme in der Nervenklinik waren die Patienten zwischen 15 und 20 Jahre alt. Die Nachuntersuchung fand nach 4–10 Jahren statt.
In 10 Fällen lebten zurzeit der Klinikaufnahme der Patienten beide Eltern noch. In einem Fall war die Mutter, in einem anderen der Vater gestorben und in einem Falle lebten die Eltern getrennt. Dort, wo beide Eltern noch lebten, war auch die eheliche Harmonie unauffällig. Das häusliche Milieu war in 11 Fällen unauffällig, in 2 Fällen ungünstig. Der Beruf des Vaters war Landwirt (4), Handwerker und Arbeiter (6), Angestellte (2), Architekt (1).
Zwölf Patienten hatten die Volksschule besucht und wurden danach Handwerker (6), Hilfsarbeiter (4), Angestellte (2), davon wechselte einer bis zur Nachuntersuchung sechsmal seinen Arbeitsplatz. Eine Patientin hatte die Oberschule besucht, war aber frühzeitig ausgetreten, um eine Töpferlehre zu beginnen. Das häusliche Milieu war in diesem Falle ungünstig.
Neun Patienten hatten ihren Wohnsitz auf dem Lande, vier in der Stadt.
Die Intelligenz war in 11 Fällen der Ausbildung entsprechend, in 2 Fällen war sie deutlich vermindert. Der Kontakt zu anderen Menschen war gut (8), etwas auffällig (2), schlecht (3).

So war auch die Einstellung den Mitmenschen gegenüber positiv (8), ambivalent (2), mißtrauisch (3). Die Ablösung vom Elternhaus war in 8 Fällen gelungen, 3 Patienten fühlten sich noch etwas gebunden, bei zwei Patienten war die Ablösung noch nicht gelungen. Die wirtschaftliche Lage war in allen Fällen ausreichend (6) bis gut (7). Die Haupt-

ausgaben neben Kost und Wohnung waren bei 3 Patienten für ein Eigenheim, bei 2 für ein Auto und bei den anderen Patienten hauptsächlich für Vergnügungen.

b) Symptomatik.

Die Symptomatik bestand in allen Fällen in Kopfschmerz. Davon lautete die Diagnose: Vasomotorischer (in 8 Fällen), reaktiv bedingt (3), außerdem fanden sich hypoglykämische Zustände (1), Hypertonie (1), Hypotonie (3). Häufig waren sie verbunden mit Schlaflosigkeit, Angstgefühl, Schwächegefühl und vegetativ dystonischen Symptomen. Als seelische Ursache für die Entstehung der Kopfschmerzen wurden angegeben: Ablösungsschwierigkeiten (2), Ambivalenz gegen Eltern (2), besondere Anforderungen (1), Ambivalenz gegen Beruf (1), Arbeitsüberlastung (1), Insuffizienzgefühle (1), schwierige häusliche Bedingungen (2), Tod eines Elternteiles (2), sexuelle Schwierigkeiten (2).
Dabei wurde in 3 Fällen eine Hypotonie festgestellt, ein Patient zeigte thyreogene Züge und in einem Fall lag ein Cervikalsyndrom vor. Aber wie schon oben erwähnt, ist es nicht sicher, ob tatsächlich eine Verbindung zwischen diesen Befunden und der Symptomatik besteht. Bei zwei Fällen trat eine Besserung der Schmerzen nach Tonsillektomie, bezw. Entfernung einiger Zähne ein.

c) Nachuntersuchung.

Das Alter der Patienten zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung nach 4-10 Jahren lag zwischen 19 und 29 Jahren.
In 10 von den 13 Fällen lagen körperbauliche, psychische oder charakterliche Eigentümlichkeiten vor und zwar : Dysplasie, Hypoplasie, infantile Züge (2), eunuchoide Stigmen, schizoid asthenische Persönlichkeit (2), neurotische Züge, psychopathische Persönlichkeit, Affektlabilität (2), labile Persönlichkeit.
3 Fälle zeigten sich in dieser Hinsicht unauffällig.

Das Kopfschmerzsymptom: hatte sich in 5 Fällen gut gebessert, davon in einem nur subjektiv, 3 Fälle waren etwas gebessert und bei 5 Fällen war die Symptomatik ungebessert.

Ein völliges Verschwinden der Beschwerden zeigte sich aber nur in einem Fall.

Im Kontaktbereich waren 10 Patienten unauffällig und hatten sich weiter entwickelt. Nur 3 Patienten zeigten Auffälligkeiten, sei es, daß sie nur mit der Zwillingsschwester Kontakt pflegten und dabei keine klare Ausrichtung vorhanden war; oder öfters geschieden waren, oder überhaupt jeden näheren Kontakt ablehnten. 5 Patienten waren verheiratet, davon hatten 4 schon 1 bis 3 Kinder. Zwei Patienten waren verlobt.

Auf soziologischem Gebiet waren 11 Patienten unauffällig, einer zeigte eine absteigende Tendenz, die aber insofern auch als unauffällig bezeichnet werden kann, da er dadurch finanziell auf derselben Stufe blieb, d.h. genauer, er gab seinen erlernten Schreinerberuf auf und wurde Hilfsarbeiter. Ein Patient war beruflich ausgesprochen unstabil und wechselte als Hilfsarbeiter sechsmal seinen Arbeitsplatz.

Als Gründe, die in den acht Fällen zu einer mehr oder weniger starken Besserung der Symptomatik geführt hatten, wurden angegeben: Heirat, Verlobung, Milieuwechsel, Kinder, Aufklärung, Herauswachsen aus dem Pubertätsalter. Dadurch kam es zu einer Verdrängung der Konfliktsituation, zur Ablenkung von der eigenen Symptomatik, oder wurde der Organismus dadurch stabilisiert.
In einem Fall konnte der Kopfschmerz als erstes Symptom einer psychopathischen Persönlichkeitsentwicklung angesehen werden.

d) Beispiel:

Karl S., geboren 12.5.1934 in der C.S.R.
Beruf: Hilfsarbeiter.

Im Jahre 1953 wurde der damals 19 Jahre alte Patient in der Nervenklinik aufgenommen, da er über immer schlimmer werdende Kopfschmerzen klagte, die von Schwindelanfällen, bei denen es ihm schwarz vor den Augen wurde, und von Nervosität begleitet waren.
Es handelte sich um eine affektlahme, labile Persönlichkeit, die eine ungünstige Entwicklung hinter sich hatte. Schon früh kam er zu Pflegeeltern, mit denen er sich nicht gut verstand, auch war das häusliche Milieu schwierig. Der Patient hatte

keine Bekannten oder Freunde und lebte etwas zurückgezogen, seine Einstellung den Mitmenschen gegenüber bezeichnete er aber als gut. Bei der Nachuntersuchung nach 10 Jahren ergab sich nun folgendes:

Seit der Klinikentlassung arbeitete Herr S. an sechs verschiedenen Stellen und war heute immer noch Hilfsarbeiter. Er hatte auch keine beruflichen Ziele. Sein Monatseinkommen reichte immer gerade aus, er ging oft ins Kino, kaufte sich Kleider und Schallplatten. Nach 3-jähriger Ehe hatte er sich wieder scheiden lassen, Kinder waren keine vorhanden.
Einen festen Bekanntenkreis hatte er immer noch nicht und war dadurch viel allein. Er war also sowohl beruflich, als auch im Kontaktbereich unstabil und ungebessert. Sein Wesen war unruhig, hastig, undurchsichtig und er zeigte die Tendenz, die Dinge von sich wegzuschieben. Auch jetzt klagt er noch über, vorallem während der Arbeit auftretende Kopfschmerzen und Nervosität, deswegen ist er auch bei seinem Hausarzt in Behandlung. Allerdings sind die Beschwerden jetzt nicht mehr so stark, wie zum Zeitpunkt seiner Klinikaufnahme. Alles in allem machte er den Eindruck einer zur Unstetigkeit neigenden abnormen Persönlichkeit.

e) Zusammenfassende Auswertung:

Aus den Nachuntersuchungen geht hervor, daß bei fünf der nachuntersuchten Fälle ein organischer Befund vorlag, der als solcher die Kopfschmerzen hätte hervorrufen können. Gleichzeitig zeigten aber drei dieser Fälle auch andere Eigentümlichkeiten, durch die diese Kausalität in Frage gestellt wird. So zeigte ein Patient, bei dem eine thyreogene Komponente angenommen wurde, auch deutlich neurasthenische Züge, d.h. er wies eine "Vitalschwäche" auf. Ein Patient mit Cervical-Syndrom hatte auch deutlich noch eine starke Mutterbindung. (Allerdings dürfte hier tatsächlich das Cervical-Syndrom die Ursache der Kopfschmerzen sein, da er ansonsten unauffällig ist).
Bei drei Fällen lag eine Hypotonie, dazu zusätzlich in einem dieser Fälle eine orthostatische Kreislaufregulationsstörung vor. Auch hier könnte der organische Befund die Ursache der Symptomatik sein. Dann aber muß man eine Akzentuierung dieser organisch bedingten Beschwerden während der Pubertät annehmen, d.h. die Symptomatik tritt jetzt deutlicher hervor. Bis auf zwei Fälle aber konnte die Symptomatik mit Konflikten in Beziehung gebracht werden. Daraus ist demnach zu ersehen:

Solange ein Mensch mit sich in Einklang lebt, können die zu seinem Leben gehörenden Besonderheiten nicht zu provozierenden Faktoren für eventuelle Störungen werden.
Symptomerzeugend werden sie erst, wenn Ambivalenzen, chronische Dauerwirkungen, auftreten, oder eine labile Lebensperiode, wie z.B. die Pubertät vorliegt.
Dies braucht durchaus nicht immer auf bewußten Konflikten zu beruhen, häufig sind diese unbewußt, wie z.B. eine latente Mutterbindung usw. Diese Herstellung einer konflikthaften Beziehung ist aber rein individuell, sodaß man sagen kann, daß auch der Stellenwert kollektiver Konflikte auf der individuellen Einstellung zu ihnen beruht und daß sie somit eigentlich schon garnicht mehr kollektiv sind.
G.v.BERGMANN nennt den Kopfschmerz eine monotone Antwort des Organismus auf eine Unzahl heterogener Reize. Danach müssen also zur Schmerzentstehung erstens heterogene Reize vorhanden sein, die einen wirklichen Belastungswert haben, zweitens muß der Organismus mit dem Symptom Kopfschmerz antworten können, was bei verschiedenen Menschen verschieden stark der Fall ist. So lassen sich keine klaren Grenzen zur vegetativen Dystonie ziehen, wo der Kopfschmerz als häufiges Begleit-Symptom zu finden ist. Man kann aber wohl sagen, daß bei bestimmten Menschen eine andere Symptomatik hinter der Reaktionsform des Organismus, die sich in Kopfschmerzen zeigt, zurücktritt; das heißt aber nicht, daß sie überhaupt nicht vorhanden ist. Der Kopfschmerz aber ist Hauptsymptom.
Daß es sich aber, wie von BERGMANN sagt, um eine monotone Antwort handelt, konnte durch die Untersuchung nicht bestätigt werden.
Auch beim Kopfschmerz scheinen jetzt nach der Pubertät wieder zwei Wege gegeben zu sein. Es kann zu einer Abschwächung der Symptomatik kommen, die Pubertät hatte die Beschwerden akzentuiert. Aber auch dann kann es z.B. durch ausweglose Spannung und Konfliktsituation, durch Aufregungen, Anstrengungen, aber auch durch Schwächung des Organismus, z.B. nach Infektionskrankheiten, zu einer erneuten Akzentuierung der Symptomatik kommen.
Zweitens: Die Symptomatik kann sich manifestieren (siehe

Beispiel). Dies war bei drei der nachuntersuchten Patienten der Fall.
Der Kopfschmerz stellte für die Mehrzahl unserer nachuntersuchten Patienten die für sie typische Reaktionsweise auf Konflikte dar. Da die Neigung mit Kopfweh zu reagieren auch bei Beendigung der Pubertät weiter bestehen bleibt, war in den meisten Fällen eine echte Ausheilung nicht zu beobachten, vielmehr zeigten unsere Patienten auch nach der Pubertät eine Tendenz, bei Belastungen mit Kopfschmerzen zu reagieren. Dies zeigte sich bei 12 der nachuntersuchten Patienten. Lediglich einer wurde dauernd beschwerdefrei. Warum ein Organismus auf einen Konflikt nun gerade mit Kopfschmerz reagiert, ist ungewiß, es könnte sich um eine besondere "Schwäche" d.h. Reaktionsbereitschaft des cerebralen Gefäßsystems handeln, die wohl habituell, sowie auch erworben sein kann. Bei der Erwerbung spielen die hormonellen Verhältnisse, die Intelligenz, der Charakter, das häusliche Milieu und die Umgebung eine wichtige Rolle.
Im wesentlichen gilt auch das, was schon bei der vegetativen Dystonie gesagt wurde.

3. Erlebnisreaktive Depressionen, reaktiver Verstimmungszustand: (Folgendes in Anlehnung an eine Arbeit von Heinz HÄFNER).

Abgesehen von den psychopathischen und exogensymptomatischen Verstimmungen lassen sich die Depressionen in a) endogene, b) reaktive oder existenzielle einteilen. Die endogenen sollen hier nicht betrachtet werden, da sie für die vorliegende Arbeit ohne Bedeutung sind.
Hier fehlt ein entscheidendes Erlebnis vor Ausbruch der Psychose.
JASPERS sagte einmal:"Reaktiv bedeutet, der Inhalt der Psychose steht in einem verständlichen Zusammenhang mit dem Erlebnis, die Verstimmung muß in ihrem Verlauf vom auslösendem Erlebnis und seinen Zusammenhängen abhängig bleiben!". Ein bestimmtes Ereignis oder ein psychisches Trauma setzt also den Startschuß für das Einsetzen der Depression. Ein bestimmtes Erlebnis hat aber nach KRETSCHMER für verschiedene Charaktere ein ganz unterschiedliches Gewicht. Erst der spezifische Zusammenhang zwischen Persönlichkeit und Trauma läßt dieses zu einem "Schlüsselerlebnis" werden.

H.BINSWANGER sieht in der Lebensgeschichte und dem Weltentwurf des Patienten eine bestimmte Disposition, die besonders gefährdete Stellen im Gesamt der Persönlichkeit entstehen läßt. Wichtig ist auch, wenn durch ein initiales Erlebnis die Möglichkeit genommen wurde, die Werte zu realisieren, für die der Patient sich in seinem Lebensentwurf entschieden hat.
Jeder Mensch bildet sich so ein Wertefeld. Der Verlust eines Teilausschnittes aus diesem Wertefeld, der zur erlebnisreaktiven Traurigkeit führt, kann zunächst aus der übriggebliebenen Wertdynamik heraus überwunden werden. Wenn aber der ganze Daseinsentwurf zusammenbricht, so ist keine Überwindungsdynamik mehr vorhanden und die Depression geht über das Erlebnisreaktive hinaus. Dasselbe ist der Fall, wenn man nicht mehr fähig ist, die Leistung zur Realisation eines bestimmten Wertefeldes zustandezubringen; das führt dazu, daß das Wertefeld als eine Quelle für die Persönlichkeitsdynamik blockiert wird. Es ergibt sich dann das Bild der existentiellen Depression. Es soll hier aber nicht weiter auf dieses Krankheitsbild eingegangen werden, da keiner der vorliegenden Fälle über das Bild der erlebnisreaktiven Depression hinausgegangen ist. Hier ist der Einfluß des Erlebnisses entscheidend.

Bei der Entstehung des Krankheitsbildes spielt aber auch die charakterliche und konstitutionelle Präformierung eine Rolle. Diese ist zwar keine "conditio sine qua non", aber zumindest ein begünstigender Faktor. Wichtig bei der Genese ist auch das Stagnieren, bezw. der Verlust der Lebensdynamik, d.h. der vorwärtsführenden Dynamik.
So sagt KRETSCHMER: " Wenn man seinem Leben eine starke, zielgerichtete Strömung gibt, so reißt sie die Hindernisse mit sich fort. Im stagnierenden Wasser aber wird das kleinste Steinchen auf dem Grunde sichtbar ".

Beim reaktiven Verstimmungszustand besteht kein Verlust eines Wertefeldes, sondern es ist mehr eine unmittelbare Reaktion auf ein Erlebnis bei veränderter Persönlichkeitsstruktur. Es ist kein existentielles Problem, es steht nicht der Verlust des Daseinsentwurfes auf dem Spiel, sondern der Daseinsentwurf ist von vornherein so angelegt, daß auf bestimmte Erlebnisse hin, als Reaktion ein Verstimmungszustand auftritt.

Eigene Untersuchungen:

a) Zusammensetzung des Krankengutes:

Von 14 Patienten wurden 9 nachuntersucht, 5 Männer und 4 Frauen. Zurzeit der Aufnahme in die Nervenklinik waren die Patienten zwischen 16 und 21 Jahre alt. In 5 Fällen lebten zurzeit der Klinikaufnahme der Patienten beide Eltern noch. Bei zwei Patienten waren die Eltern geschieden, eine Patientin hatte beide Eltern im Krieg verloren und in einem Fall war der Vater gestorben und die Mutter hatte sich wieder neu verheiratet. Dort, wo beide Eltern noch lebten, war

in 6 Fällen die eheliche Harmonie schlecht, in 2 Fällen war sie unauffällig. Zwei Patienten hatten Geschwister, gegenüber denen sie beide zu Hause benachteiligt wurden. Das häusliche Milieu kann in 8 Fällen als schlecht und in einem Fall als ausreichend bezeichnet werden. Der Beruf des Vaters war: Arbeiter (2), Landwirt, Handwerker (4).
Sämtliche Patienten hatten die Volksschule besucht und hatten danach folgende Berufe ergriffen:
Hilfsarbeiter (2), Handwerker (3), Dekorateur (2), Lehrling (1) und Hausangestellte (1).
Ein häufiger Wechsel des Arbeitsplatzes fand in keinem Fall statt. 5 Patienten wohnten in der Stadt und 4 auf dem Land.
Die Intelligenz kann bei drei Patienten als gut, bei fünf als der Ausbildung entsprechend bezeichnet werden, ein Patient war geistig und psychisch sehr primitiv.

Der Kontakt mit anderen Menschen war in allen Fällen gestört und die Einstellung zu den Mitmenschen war bei sechs Patienten ambivalent, bezw. kritisch, in zwei Fällen direkt ablehnend. Bei einem Fall war sie positiv.
Die Ablösung vom Elternhaus war in zwei Fällen gelungen, bei 7 Patienten war sie noch nicht durchgeführt. Davon fühlten sich zwei noch besonders stark an die Mutter gebunden. Die wirtschaftliche Lage war gut (3), ausreichend (5), ein Patient war Rentner. Die Hauptausgaben neben Kost und Wohnung waren für Auto, Vergnügungen, Sport.

b) Symptomatik.

Die Symptomatik bestand in allen Fällen in einer depressiven Verstimmung. Daneben traten folgende Symptome auf: Kopfschmerz (3), Schwindel, Denkhemmung, Übersensibilität, ständiges Weinen, Selbstvorwürfe, Ängstlichkeit, Verstopfung, Schlafstörung, allgemeine Schwäche, Hoffnungslosigkeit, vegetative Labilität, Interesse - und Antriebslosigkeit, ständiges Grübeln.
Als Ursache für den Ausbruch der Symptomatik wurden angegeben: Häusliche Schwierigkeiten (4), Minderwertigkeitsgefühle (2), sexuelle Schwierigkeiten (5), Differenzen mit Eltern oder Verwandten (2), Schuldgefühl (2), übertriebenes

Geltungsbedürfnis (1), komplexgeladenes Milieu (2), enttäuschendes erotisches Erlebnis (2), berufliche Schwierigkeiten (2), Ablehnung gegenüber der Arbeit (1) und frühkindliche Hirnschädigung, verbunden mit einem neuerlichen Schädeltrauma (1).

Bei allen Patienten konnten mehrere der Symptome und mehrere der Ursachen festgestellt werden. In einem Fall lag die Möglichkeit nahe, daß ein jetziges Schädeltrauma bei schon vorhandener frühkindlicher Hirnschädigung zu einer diencephalen Enthemmung geführt hatte, die durch die abnorme Persönlichkeit zu hysteriformen Reaktionen ausgebaut wurde.

c) Nachuntersuchung.

Das Alter der 9 Patienten zurzeit der Nachuntersuchung nach 5-13 Jahren war zwischen 25 und 34 Jahren. In allen Fällen zeigten sich charakterliche und anlagebedingte Eigentümlichkeiten, wie: Ablehnung der Sexualität, demonstrative Verhaltensweisen, Kontaktschwäche, Unselbstständigkeit, Unausgeglichenheit, labiler Charakter, Selbstunsicherheit, Übersensibilität, schizothymer Charakter, Psychasthenie, Neurasthenie, schizoide Persönlichkeit, vegetative Labilität, dysplastische Züge.
Auch hier fanden sich bei einer Person immer wieder mehrere dieser Eigentümlichkeiten.

Die Symptomatik hatte sich bei 5 Patienten etwas gebessert, bei einem davon relativ gut. Bei zwei Fällen war die Symptomatik ungebessert und in weiteren zwei Fällen zeigte sich eine Verschlechterung. In keinem der Fälle trat eine völlige Ausheilung von den Beschwerden ein.
Im Kontaktbereich hatten sich drei Patienten gebessert, davon war allerdings einer noch stark an seine Tante und seine um zwei Jahre ältere Braut gebunden.
Die anderen beiden Patienten waren verheiratet und eine hatte schon ein Kind. Bei einem Patienten zeigte sich noch eine persistierende Ambivalenz gegen das Elternhaus. Der Kontakt war also noch gestört. Bei 3 Patienten war der Kontakt ungebessert, davon bei 2 Patienten nach wie vor ausgesprochen

schlecht, obwohl davon einer verlobt war. Bei einem Patient hatte sich die Kontaktfähigkeit verschlechtert.
Auf soziologischem Gebiet waren 5 Patienten unauffällig, einer davon noch in Weiterentwicklung. Zwei Patienten zeigten sich soziologisch ungebessert, davon kann bei einem die soziologische Entwicklung als schlecht bezeichnet werden. Zwei Patienten hatten sich auf soziologischem Gebiete verschlechtert. Es waren dies dieselben, die auch bei der Symptomen- und Kontaktentwicklung eine Verschlechterung gezeigt hatten.

Die Ursachen, die bei den 5 Fällen zu einer Besserung der Symptomatik geführt hatten, waren: Abwendung von dem komplexgeladenen Milieu im Elternhaus durch Heirat und einer damit verbundenen besseren sozialen Stellung, Milieuwechsel, Beseitigung sexueller Schwierigkeiten, Kinder.
Es konnte in all diesen Fällen die unmittelbar krankheitsauslösende Ursache, bezw. Situation beendet werden.
Bei zwei Patienten mußte die Diagnose Schizophrenie gestellt werden, sie befinden sich jetzt beide in einem psychiatrischen Krankenhaus, nachdem sie früher schon mehrere Male psychiatrisch behandelt worden sind.

d) Beispiel:

Siegfried H., geboren 19.8.1939 in Pforzheim.
Beruf: Werkzeugmacher.

1959 wurde der damals 20-jährige Patient wegen dauernder Weinkrämpfe, Übelkeit, Schlaflosigkeit, unter der Diagnose "reaktive Depression" in die Nervenklinik aufgenommen. Es handelte sich um einen depressiven, ängstlichen jungen Mann, der sich unter dauerndem Weinen Selbstvorwürfe machte. Der unmittelbare Anlaß für dieses Verhalten war ein Unfall, den er mit dem Auto seines Vaters verursacht hatte, nachdem er dieses, nach einer Differenz mit seinem Vater wegen seiner Freundin, entwandet hatte und nun damit "weglaufen" wollte. Die genaue Exploration ergab folgendes: Sein Vater, der von Beruf Werkzeugmacher ist, hatte sich scheiden lassen, da die Mutter des Patienten ein außereheliches Kind bekommen hatte. Nach der Scheidung hatte der Vater erneut geheiratet. Es kam zu dauernden Differenzen zwischen dem Patienten und seiner Stiefmutter.
Der Patient war ebenfalls Werkzeugmacher und arbeitete bei seinem Vater im Geschäft. Seine Einstellung zu den Mitmenschen war kritisch, aber er hatte einige Freunde und auch

eine Freundin. Er sehnte sich sehr nach Zärtlichkeit. Außerdem war er Mitglied in einem Fußballverein. Hier nun hatte er intimen Verkehr mit der Frau eines Sportfreundes. Als seine Kameraden das erfuhren, zogen sie ihn dauernd damit auf und sagten ihm, diese Frau würde ein Kind von ihm bekommen. Da nun in der Ehe seines Sportfreundes dieselbe Situation vorlag, wie damals bei seinen Eltern, bekam der sehr sensible Patient starke Schuldgefühle und machte sich Selbstvorwürfe.
Der erwähnte Unfall schließlich war der "Funke", der die "Explosion" herbeiführte.

Nach der Klinikentlassung zog der Patient zu seiner Tante, mit der es aber auch zu dauernden Differenzen kam, da diese versuchte, ihn zu erziehen und sehr mißtrauisch war. Die Nachuntersuchung ergab nun, daß der Patient immer noch selbstunsicher, empfindlich und etwas still ist und daß er zu affektstupurösen Haltungen neigt. Die Symptomatik hat sich wenig gebessert. Es besteht noch eine Anfälligkeit zu depressiven Erlebnisreaktionen. Im Kontakt ist er etwas freier, auch ist er verlobt, zeigt aber noch eine Abhängigkeit von seiner Tante und von seiner Braut, die zwei Jahre älter ist, als er. Soziologisch ist er gut zu beurteilen, er hatte zwar wegen eines Eigentum-Deliktes sieben Monate Gefängnisstrafe bekommen, aber inzwischen hat er sich stabilisiert und befindet sich in der Weiterentwicklung.

e) Zusammenfassende Auswertung :

Die Nachuntersuchung zeigte, daß bei allen Patienten charakterliche und anlagebedingte Eigentümlichkeiten vorlagen. Zur Auslösung der Symptomatik kam es in jedem Fall nach einem Erlebnis, daß für den betreffenden Patienten einen symptomerzeugenden Wert hatte. Dieses psychische Trauma war der Startschuß für das Einsetzen des Krankheitsbildes. Zu einem "Startschuß", d.h. zu einem Schlüsselerlebnis konnte es aber erst werden, wenn ein spezifischer Zusammenhang zwischen der Persönlichkeit des Erkrankten und dem Trauma bestand. Um diesen Zusammenhang herzustellen, bedarf es gewisser charakterlicher Züge, die wohl auch bei anderen Menschen zu finden sind, die aber hier besonders ausgeprägt erscheinen, wie z.B. eine Überempfindlichkeit, Labilität, Kontaktschwäche, neurasthenische und psychasthenische Züge, Selbstunsicherheit, Geltungsbedürfnis, Unselbstständigkeit usw. Interessant ist auch, daß bei allen Patienten eine konfliktbesetzte Jugendentwicklung stattgefunden hatte. Meist kamen die Konflikte von Seiten des Elternhauses. Es zeigten sich aber bei vielen der Patienten auch konstitutionelle Eigentümlichkeiten, wieweit diese auf einer gestörten

Entwicklung beruhen, kann nicht festgestellt werden.

Für das Zustandekommen des Krankheitsbildes ist aber das Schlüsselerlebnis von ausschlaggebender Bedeutung. Meist waren es mehrere Konflikte, die in kurzer Zeit aufeinander folgten, bis schließlich eines zum Schlüsselerlebnis wurde. Daß es dazu wurde, ist andererseits auch wieder nur von der Gesamtpersönlichkeit her zu verstehen. Dies zeigt schon die Tatsache, daß nur bei einem der nachuntersuchten Patienten von einer echten Besserung der Symptomatik gesprochen werden kann. Hier war es außerdem so, daß durch einen Milieuwechsel, der auch zu einem starken sozialen Aufstieg führte, das Auftreten von Konflikten, die bei dieser Patientin zu einem Schlüsselerlebnis hätten werden können, vermieden wurde. Die Bedeutung der Gesamtpersönlichkeit läßt sich auch daran erkennen, daß die Kontaktentwicklung sich bei nur zwei Patienten etwas gebessert hatte, bei allen anderen war die Kontaktfähigkeit noch gestört. Bei den zwei gebesserten Fällen war die Besserung nach der Verheiratung eingetreten.

Der Ausbruch der Symptomatik in, oder unmittelbar nach der Pubertät läßt sich dadurch erklären, daß es in der Pubertät zu einer Akzentuierung der Konflikte kommt, wodurch das Zustandekommen eines Schlüsselerlebnisses naturgemäß begünstigt wird. So traten auch die Rezidive der Erkrankung meist nach besonderer Anstrengung, Aufregung, Erkrankungen usw. auf, wo ja ebenfalls eine Schwächung bezw. Labilität des Organismus eintrat und die Konflikte akzentuiert wurden.

Bei dem Krankheitsbild der reaktiven Verstimmung zeigte sich also ganz besonders, wie sehr die Entstehung des Symptoms bei einer bestehenden präformierenden Persönlichkeitsstruktur, vom Milieu, den Konflikten und von einschneidenden Erlebnissen abhängig ist.

Die Pubertätsvorgänge stellten einen wichtigen Faktor dafür dar, daß von nun ab die Störungen einen weiteren ungünstigen Verlauf nahmen.

Bei zwei von den Fällen dieser Gruppe sind die in der Pubertät erstmals aufgetretenen Symptome die ersten Zeichen einer schizophrenen Psychose gewesen, da sich bei der Nachuntersuchung eindeutige Symptome einer Schizophrenie zeigten.

4.) Psychogene Anfälle, Erregungszustände.

Insgesamt wurden hier 10 von 13 behandelten Fällen nachuntersucht.

Mit der Diagnose "Erregungszustand" wurden drei Patienten nachuntersucht, einer davon hatte auch einen Suicid-Versuch verübt und wird in diesem Teil der Arbeit mit aufgeführt werden. Bei den beiden anderen Traten zu den Erregungszuständen auch Anfälle auf. Deshalb sollen diese beiden Gruppen hier gemeinsam abgehandelt werden.

Psychogene Anfälle sind anfallartig auftretende psychogene Reaktionen.

Die Reaktionen können darstellen: (nach S. HADDENBROCK).

1. Abnorme Erlebnisreaktionen: Es handelt sich hier um depressive Schreck-, Angst-, Mißtrauens-, Eifersuchts-, Wutreaktionen von ungewöhnlichem Ausmaß und Dauer. Sie treten auf bei abnorm schwerem Anlaß und annormal sensitiven und selbstunsicheren Persönlichkeiten. Sie können von psychogenen Organstörungen begleitet sein. (Besonders Magen, Galle, Herz).

2. Innere Konfliktreaktionen, (sogenannte Neurosen). Es sind unterbewußte, willentlich nicht korrigierbare Angstreaktionen (z.B. auch hypochondrische Zustände), oder Ausweichreaktionen, meist sensitiver und selbstunsicherer Persönlichkeiten aus der Freiheit und Verantwortlichkeit des Gesundseins in die Unfreiheit und Unverantwortlichkeit körperlichen und seelischen Krankseins. Die Patienten leiden meist selbst unter dem Symptom, das Symbolcharakter haben kann und es zeigen sich keine wesentlichen demonstrativen Tendenzen.

3. Hysterische Reaktionen:
Halbbewußt instinktive Ausweichreaktionen vor Lebensschwierigkeiten in ein Kranksein, verbunden mit demonstrativen, mitleidheischenden Tendenzen gegenüber der Umwelt. Meist kommen sie vor auf dem Boden selbstunsicherer, geltungsbedürftiger Charaktere. Diese Symptome lehnen sich meist an körperliche Organschwächen an. Es bestehen fließende Übergänge zu Aggravation und Simulation.

Es müssen also zur Entstehung des Anfalles innere oder äußere Konflikte gegeben sein und der Organismus muß die Möglichkeit haben, eine Somatisation in Form von Anfällen durchzuführen. Während die Erregungszustände sich meist an die abnormen Erlebnisreaktionen anlehnen, haben die psychogenen Anfälle mehr mit den hysterischen Reaktionen zu tun. Man kann stets eine Beziehung zwischen Konflikt und Anfall herstellen, auch zeigt sich, daß der Anfall oft zweckgerichtet ist.

Eigene Untersuchungen:

a) Zusammensetzung des Krankengutes.

Nachuntersucht wurden 10 Fälle, 5 Frauen und 5 Männer. Zurzeit der Aufnahme in die Nervenklinik waren die Patienten zwischen 17 und 21 Jahre alt. In 6 Fällen lebten damals beide Eltern der Patienten noch, in 3 Fällen war der Vater und in einem Fall die Mutter gestorben. Dort, wo beide Eltern noch lebten, war die eheliche Harmonie in vier Fällen unauffällig, in 2 Fällen kann sie als schlecht bezeichnet werden. Eine Patientin hatte 9 Geschwister. Bei einer Patientin war die Mutter übererregbar. Das häusliche Milieu war in 7 Fällen für den Patienten ungünstig, in 3 Fällen war es gerade ausreichend. Der Beruf des Vaters war Landwirt, Metzger, Arbeiter (3), Feinmechaniker, Berufsschullehrer. 9 Patienten hatten die Volksschule besucht und darauf den Beruf des Handwerkers (4), Näherin (2), Hausgehilfin (2), Fernsehtechniker ergriffen. Eine Patientin ging noch in die Oberschule.
Die Arbeitsplätze wurden bis zu fünfmal gewechselt, (während der Zeit von der Klinikentlassung bis zur Nachuntersuchung). Der Wohnort war in 8 Fällen auf dem Land, 2 Patienten wohnten in der Stadt.
Die Intelligenz war bei 2 Patienten gut, bei 7 ausreichend, eine Patientin war schwach begabt. Der Kontakt zu anderen Menschen war bei 4 Patienten etwas gestört, sonst unauffällig. Die Einstellung den Mitmenschen gegenüber allerdings war nur bei 4 Patienten positiv, sonst ambivalent und kritisch mißtrauisch. Die Ablösung vom Elternhaus war in 7 Fällen gelungen, 3 Patienten fühlten sich noch stark an ihre Eltern gebunden, davon eine besonders stark an die Mutter.
Die wirtschaftliche Lage war in einem Fall gut, bei 6 Patienten ausreichend und bei 3 schlecht.

b) Symptomatik.

Die Symptomatik zeigte sich in Anfällen, (davon bei 3 Patienten mit deutlich demonstrativen Zügen) mit folgenden Symptomen:

Herzbeschwerden (2), Atemnot, Bewußtlosigkeit (4), Verkrampfung des Körpers oder der Arme, Dämmerzustände, Zittern (2), Schreien, Armbewegungen, Schwächeanfälle mit Schwarzwerden vor den Augen und Umfallen, Schwindel, Hitzewellen im Kopf, Augenverdrehen, Umsichschlagen, Lähmungen, Erregungszustände (3).
Zu den Symptomen während der Anfälle kamen außerhalb der Anfälle noch folgende Symptome vor: Appetitlosigkeit, Kopfschmerzen (3), Herzschmerzen (2), Erbrechen.
Als Ursachen für den Ausbruch der Anfälle können angesehen werden:
Gespannte häusliche Verhältnisse, Ablösungsschwierigkeiten, jähzorniger Vater, strenge Mutter, Streitigkeiten der Eltern, Arbeitsüberlastung, Überanstrengung, Unfall, starke Bindung an die Eltern, schwere Milieustörungen, innere und äußere Konfliktsituationen, Unlust zu Beruf, unglückliche Kindheit, enttäuschende sexuelle Erlebnisse, Verwahrlosung, starke Mutterbindung und Vaterprotest. Bei jeweils einem Patienten wurden stets mehrere der Symptome gefunden und auch mehrere der Ursachen kamen in Betracht.

c) Nachuntersuchung.

Das Alter der Patienten bei der Nachuntersuchung nach 3-10 Jahren lag zwischen 22 und 31 Jahren. In allen Fällen fanden sich charakterliche und konstitutionelle Eigentümlichkeiten, wie : Zahnanomalien, Intersex-Stigmen (2), starke Behaarung der Unterschenkel bei Frauen, endokrine Labilität, psychische Aggressivität, Unruhe, Zerfahrenheit, labile Persönlichkeit (3),infantile Persönlichkeit, Unentschlossenheit, starke Minderwertigkeitsgefühle, Übersensibilität, demonstrativer Charakter, Verschlossenheit, psychisch weich, feminine Züge bei Männern, starke Selbstbeobachtung, Mißtrauen, Neigung zu Fanatismus, psychopathische Persönlichkeit.
Zusätzlich waren vorhanden: Merkmale einer Verwahrlosung, asoziale Tendenzen (2), chronischer Alkoholabusus, sektiererische Religiosität.
Bei einem Patienten zeigte sich eine beginnende Syringomyelie. Gleichzeitig waren starke psychische Abnormitäten

vorhanden, so war der Patient affektiv stark unausgeglichen, psychisch abgebaut und vorzeitig gealtert.
Interessant ist, inwieweit ein Parallelismus zwischen der Syringomyelie und den psychischen Abnormitäten besteht. Es wäre durchaus denkbar, daß die Syringomyelie, die ja eine Entwicklungsstörung des Rückenmarks darstellt, mit einer Entwicklungsstörung im Bereich des "Psychischen" verbunden ist. Es ist ja bekannt, daß Entwicklungsstörungen oft in der Mehrzahl auftreten. Dies sind aber reine Vermutungen und deshalb soll hier auch nicht näher auf diese Frage eingegangen werden.
Die Symptomatik hatte sich bei 4 Personen gebessert und zwar bei einer nach der Geburt ihres ersten Kindes, es lag hier auch eine endokrine Labilität vor. Bei zwei Patienten war die Besserung nach der Heirat eingetreten, bei einem nach einem Milieuwechsel. Bei drei dieser Fälle fanden sich aber immer noch nervöse Erscheinungen, bezw. Konzentrationsschwierigkeiten. Bei 5 Patienten war die Symptomatik ungebessert, bei einem hatte sie sich verschlechtert. Dieser Fall hatte sich auch soziologisch verschlechtert und es lag eine ausgeprägte homosexuelle Entwicklung vor. Außer diesem hatten sich noch 2 andere Fälle soziologisch verschlechtert, einer war sehr unstabil, der andere zeigte auch asoziale Tendenzen. Sonst war die soziologische Entwicklung bei allen Patienten unauffällig.
Im Kontaktbereich waren 7 Patienten unauffällig, davon waren 4 verheiratet und einer verlobt. Zwei Patientinnen hatten Kinder. Eine Patientin hatte nur eine Freundin, war aber Mitglied einer sektiererischen religiösen Gemeinschaft. Drei Patienten zeigten in der Kontaktentwicklung keine Besserung, sondern immer noch große Auffälligkeiten, so waren z.B. zwei ausgesprochene Einzelgänger, obwohl einer davon erstaunlicherweise verheiratet war. Ein Patient hatte nur Bekannte zu homosexuellen Zwecken.
Es zeigte hier also auch hier, daß die Kontaktentwicklung und die soziologische Entwicklung im allgemeinen unauffällig, hingegen die Symptomatik in der Mehrzahl der Fälle wenig gebessert war. Ein völliges Verschwinden der psychischen Symptomatik zeigte sich nur bei einem Patient und auch hier bestand die endokrine Labilität nach wie vor.

d) Beispiel:

Dorothea L., geboren 3.7.1932 in Hallenfelde/Ostpr.
Beruf: Näherin.

1953 wurde die damals 21-jährige Patientin wegen Anfällen, die erstmals nach einer Aufregung aufgetreten waren, in die Nervenklinik aufgenommen. Die gerade noch ausreichend begabte, sensible Patientin, die auch unter Minderwertigkeitsgefühlen litt, schilderte die Anfälle als Schwindelerscheinungen mit darauf folgenden "Hitzewellen im Kopf" und Zittern am ganzen Körper. Die genauere Exploration ergab, daß häusliche Schwierigkeiten vorhanden waren, der Vater war Landwirt und sie mußte nach Feierabend immer noch in der Landwirtschaft mithelfen, was sie sehr ungern tat. Ihren eigentlichen Beruf als Näherin liebte sie ebenfalls nicht. Ihre Familie war nach dem Kriege in ein kleines, vorwiegend katholisches Dorf gekommen, wo sie heute noch leben. Da sie protestantisch waren, wurden sie hier mißachtet und niemand wollte mit ihnen verkehren. Die Patientin hatte einen Freund gefunden, dessen Eltern es aber nicht zuließen, daß er eine Protestantin heiratete. Es kam danach zum Bruch mit ihrem Freund und die Anfälle traten erstmals auf.
Die Nachuntersuchung ergab nun, daß die Patientin bald nach der Klinikentlassung ihren Wohnsitz gewechselt und sich in ihrem neuen Wohnort verheiratet hatte. Sie war noch etwas labil und verschlossen, aber im Kontakt- und im soziologischen Bereich unauffällig. Die Symptomatik hatte sich etwas gebessert, jedoch litt sie immer noch unter nervösen Erscheinungen.

e) Zusammenfassende Auswertung:

Es hat sich gezeigt, daß auch bei allen Patienten dieser Gruppe zwar eine anlagebedingte Präformierung zur Erkrankung vorhanden war, daß aber die Lebenssituation und das unmittelbare Erlebnis eine große Rolle spielen. Man kann wohl bei den psychogenen Anfällen von den von KRETSCHMER bei der vegetativen Dystonie geprägten Begriff der "Körpersprache" anwenden, denn die Anfälle stellen ja eine Somatisation psychischer Konflikte dar und zwar drückt sich diese Somatisation in Anfällen aus. Ausgelöst werden diese, wenn der psychische Konflikt eine Toleranzgrenze überschreitet, die durch die Gesamtpersönlichkeit gegeben ist. Besonders geeignet sind primitivstrukturierte Personen, die einen affektlabilen und zu demonstrativen Handlungen neigenden Charakter aufweisen. Es konnte nämlich

teilweise eine unmittelbar demonstrative Note bei den Anfällen festgestellt werden und häufig hatten sie auch Symbolcharakter: So traten z.B. bei einer Patientin, die in eine Konfliktsituationn geriet, ob sie sich von der hysterischen Mutter trennen solle, "Schwächeanfälle" auf, bei denen es ihr schwarz vor den Augen wurde und sie umfiel. "Ich bin zu schwach, um diese Entscheidung treffen zu können".
Es zeigt sich hier, wie auch bei einigen anderen Fällen, daß die Anfälle gewissermaßen als Flucht vor Konflikten verstanden werden können, vor Situationen, mit denen man unmittelbar nicht fertig wird, die in die Unfreiheit und Verantwortungslosigkeit des Krankseins führen. Oft ist mit dem Anfall auch ein Zweck verbunden, sei es um Mitleid oder Aufmerksamkeit zu erregen, sei es um einen Beruf nicht ausüben zu müssen, gegenüber dem ein Unlustgefühl vorhanden ist. Dieser "Zweck" braucht durchaus dem Erkrankten nicht immer bewußt zu sein.
Ein Teil der Anfälle schloß mit einer kurzen Bewußtlosigkeit. Dies könnte durch einen cerebralen Sauerstoffmangel, oder durch eine cerebrale Durchblutungsstörung bedingt sein. Beides könnte sich während der Anfälle entwickeln, z.B. dadurch, daß die Atmung ungenügend ist, oder daß das Blut sich in peripheren oder intestinalen Gebieten staut, was zu einer cerebralen Durchblutungsstörung führen kann.
Die Bedeutung des Milieu's und der Konflikte für die Entstehung eines Anfalls zeigt sich auch darin, daß eine Patientin nach der Klinikbehandlung, bei der ihr ein Milieuwechsel geraten wurde, jahrelang nicht erkrankte, bis jetzt die Anfälle nach einer heftigen Auseinandersetzung mit dem Hausherrn wieder auftraten. Die Patientin selbst stellte nun sogar einen kausalen Zusammenhang zwischen ihren Anfällen und dem Hausherrn her und gab diesem die Schuld dafür, was eindeutig den demonstrativen, zweckgebundenen Charakter der Anfälle zeigt, andererseits aber auch die charakterliche Eigentümlichkeit der Patientin offenbar werden läßt.
Man kann hier also folgende Formel aufstellen:
Konstitutionelle Präformierung und ausreichend starker Konflikt führt zur Erkrankung, d.h. zum Auftreten von Anfällen; wobei die konstitutionelle Präformierung abhängig ist von :

Charakter, allgemeine Konstitution, Intelligenz, Milieu, Erziehung, Jugenderlebnisse, Überanstrengung, Schwächung des Organismus durch Erkrankung oder Intoxikation. Der Konfliktwert ist abhängig von: der Art des Konfliktes und von der Persönlichkeit.
Zur Auslösung der Symptomatik müssen also viele Faktoren zusammenkommen. Beim Auftreten der psychogenen Anfälle scheint die Auslösung der Anfälle mehr durch den Konflikt gegeben zu sein. Es lassen sich nämlich immer Beziehungen zwischen einem Konflikt und dem Anfall herstellen. Obwohl die schlechte Besserungstendenz der Erkrankung auch auf das Vorliegen konstitutioneller Eigentümlichkeiten hinweist. Warum gerade ein Anfall als Zeichen der Somatisation des Konfliktes gewählt wird, wird dann klar, wenn man den oft zweckgebundenen Charakter der Anfälle bedenkt:
Ein Klagen über Kopfschmerzen oder Schwindelgefühl hätte längst nicht diese Auswirkung auf die Umgebung, wie ein Anfall, der auf die Umgebung doch eine weit erschreckendere Wirkung ausübt.
Während der Pubertät mit all ihren Umstellungen ist nun die Möglichkeit der Somatisation psychischer Konflikte besonders stark gegeben. Nach der Pubertät schwächt sich bei einigen Patienten die Symptomatik daher etwas ab, bei den meisten aber blieb sie gleich, sodaß die Pubertät auch nur eine Schwächung der Allgemeinpersönlichkeit darstellte, d.h. genau so wirkte, wie später eine schwere Erkrankung, oder z.B. ein starker Alkoholabusus, oder eine große Überanstrengung.

5.) Hypochondrische Entwicklung, Primitivreaktionen, Kurzschlußreaktionen, Frühverwahrlosung.

Da unter diesen Symptomengruppen jeweils nur ein Patient, beim hypochondrischen Zustandsbild 3 Patienten nachuntersucht werden konnten, haben die Ergebnisse der Nachuntersuchung natürlich nur geringe Beweiskraft und können höchstens als Ergänzung der anderen Befunde verwendet werden. Deshalb sollen sie auch nicht jeweils in einem besonderen Kapitel, getrennt voneinander, behandelt werden, sondern sie sollen hier zusammen abgehandelt werden.

I.) Hypochondrische Entwicklung.

Hypochondrische Zustände sind ängstliche Befürchtungen, die auf den eigenen Körper gerichtet sind; die dadurch bedingte vermehrte Selbstbeobachtung führt zu den Vorstellungen der verschiedensten Krankheiten. Ein objektiver Befund ist nicht zu erheben.

a) Eigene Untersuchungen:

Es wurden alle drei behandelten Fälle nachuntersucht, die zurzeit der Klinikaufnahme zwischen 19 und 20 Jahre alt waren. Es handelte sich nur um Männer. Bei allen drei konnte in der Familie nichts Auffälliges gefunden werden, die eheliche Harmonie der Eltern war unauffällig, ebenso das häusliche Milieu. Die 3 Patienten hatten die Volksschule besucht und zwei davon ergriffen danach handwerkliche Berufe, einer wurde Kaufmann. Die Intelligenz war bei allen ausreichend. Zwei wohnten in der Stadt, einer auf dem Land. Eine Bindung an das Elternhaus bestand noch bei zwei Patienten, einer war abgelöst. Die wirtschaftliche Lage war überall ausreichend. Die Hauptausgaben neben Kost und Wohnung waren für Vergnügungen und Autos. Die Einstellung zu den Mitmenschen war bei zwei Patienten kritisch mißtrauisch, bei einem positiv.
Die Kontaktfähigkeit zeigte bei allen drei Patienten Auffälligkeiten.

b) Symptomatik.

Die Symptomatik bestand bei allen aus den verschiedensten Krankheitsbildern, ohne daß ein objektiver Befund erhoben werden konnte, z.B. kamen vor: Bauchschmerzen, Herzschmerzen, Kopfschmerzen, Schwindelanfälle, Magenbeschwerden, Konzentrations- und Merkschwäche, vegetative Fehlregulation, Unsicherheit, Müdigkeit, Flimmern vor den Augen, Angstgefühle hypochondrischer Art.
Alle 3 Patienten zeigten starke anlagebedingte Eigentümlichkeiten, wie Zeichen einer körperlichen Retardierung,
- einer asynchronen körperlichen Entwicklung, Verringerung der Vitalität, psychasthenische Züge; die Psychomotorik war fahrig, schlaksig, bezw. lahm, affektiv waren sie flach.

Daneben konnten als mögliche Krankheitsursachen noch gefunden werden: Ambivalenz gegen die Arbeit, Verstimmung und Minderwertigkeitsgefühle, berufliche Überanstrengung, Konflikte mit Schwiegereltern, Onanierkomplex mit Schuldgefühlen.

c) Nachuntersuchung :

Die Nachuntersuchung fand bei allen drei Patienten nach 6 Jahren statt. Es ergab sich, daß die Entwicklung der Symptomatik bei allen drei ungebessert oder höchstens etwas gebessert war; hypochondrische Klagen standen nach wie vor im Vordergrund. Auch in der Kontaktentwicklung waren alle drei Nachuntersuchten auffällig, einer war ein isolierter Einzelgänger, mit Sperrungen in der Sexualsphäre. Zwei waren verheiratet, davon lebte einer aber noch sehr zurückgezogen und der andere zeigte eine nur scheinbar positive Kontaktentwicklung. Er suchte den Kontakt nur, damit andere dann für ihn arbeiten. Auf soziologischem Gebiet waren zwei der Patienten unstabil, einer hatte sich verschlechtert, er arbeitete überhaupt nicht mehr, angeblich wegen starker Magenschmerzen, aber auch jetzt konnte wieder kein Organbefund erhoben werden.
So stand bei allen drei Patienten nach wie vor das hypochondrisch-asthenische Gesamtverhalten im Vordergrund.
Bei einem Patienten ergab sich der Verdacht auf eine chronisch weiter verlaufende Schizophrenie, da sich hier neben anderen für diese Erkrankung verdächtigen Befunden auch ein Vergiftungswahn feststellen ließ.

d) Zusammenfassende Auswertung:

Bei allen drei Patienten fanden sich gravierende anlagebedingte Merkmale. Wohl fanden sich auch Konfliktsituationen und Milieuschwierigkeiten, die aber nur auf Grund der hypochondrischen Persönlichkeitsstruktur Bedeutung erlangten. So ergaben sich z.B. bei einem Patienten Konflikte mit den zukünftigen Schwiegereltern, die stark katholisch waren und keinen protestantischen Schwiegersohn haben wollten. Bei einem anderen Patienten zeigte sich ein Onaniekomplex

mit starken Schuldgefühlen, dieser Komplex konnte aber erst auf Grund der hypochondrischen Persönlichkeit pathogenen Wert erhalten.

Eine wichtige Rolle spielt die asynchronische körperliche Entwicklung, die einhergeht mit psychischen Abwegigkeiten und in der Pubertät oft in Form einer Betonung der Pubertätsproblematik erscheint. Bei einem der Patienten traten diese Phänomene besonders hervor im Sinne ängstlicher Befürchtungen und hypochondrischer Vorstellungen durch vermehrte Selbstbeobachtung. Es ist dabei immer die Gefahr einer psychotischen Entgleisung gegeben und es zeigten sich bei einem Patienten ausgesprochene Wahnvorstellungen, die den Verdacht einer Schizophrenie aufkommen ließen. Die hypochondrische Symptomatik wäre hier also erstes Symptom einer Geisteskrankheit.

Die Tatsache, daß alle drei Patienten ungebessert, ja teilweise verschlechtert waren und Symptome auch nach der Pubertät beibehalten haben, rechtfertigt diese drei Patienten in einer Gruppe zusammenzufassen. Gerade diese Patienten machen besonders stark den Eindruck, daß es sich bei der in der Pubertät beginnenden Symptomatik um die initialen Symptome einer Schizophrenie handelt, bei der von Anfang an die wahnhaften Formen im Vordergrund stehen. (coenaesthetische Form der Schizophrenie von HUBER).

Hinter der Bedeutung der Konstitution treten also beim hypochondrischen Zustandsbild die Einflüsse durch das Milieu, die Umwelt oder durch Konflikte zurück. Sie haben höchstens eine auslösende bezw. modellierende Bedeutung.

Grundvoraussetzung für die Erkrankung aber ist das Vorliegen einer psychasthenischen Persönlichkeit mit Neigung zur Selbstbeobachtung. Der Psychastheniker ist ja dadurch gekennzeichnet, daß es bei ihm zu Zwangsgedanken kommt, d.h. Vorstellungen, die, ohne daß sie sich durch Affekte erklären ließen, unter dem Gefühl eines Zwanges ins Bewußtsein eintreten und sich daraus durch keine Willensanstrengung verscheuchen lassen. Sie hindern und durchkreuzen dabei den sonstigen Gedankenablauf. Dabei kann ihr Inhalt durchaus als falsch und ihre Entstehung als abnorm erkannt werden. Sie

können dann zu zwangshaften Antrieben führen, die sich bei dafür präformierten Persönlichkeiten in hypochondrischen Zuständen zeigen.

II.) Primitiv-Reaktionen:

Primitiv-Reaktionen sind die unmittelbare, elementare Antwort des Individuums auf Erlebnisreize, wenn die "Unterschichten" hervorbrechen. Sie dienen der eigenen Entlastung oder sind hysterische Reaktionen. Häufig überwiegen aggressive Handlungen, gegen die eigene Person werden diese aber nur gerichtet, wenn eine Situation für hoffnungslos gehalten wird. Es ist eine affektive Entladung unter Umgehung der Gesamtpersönlichkeit.
So zeigte sich bei dem damals 16-jährigen Patienten, der nachuntersucht werden sollte, daß er dreimal im Affekt von zu Hause fortgelaufen war. Für die Manifestation dieses Symptoms des Fortlaufens ist die soziale Situation des Pubertierenden von großer Bedeutung, während die Konflikte bis in die frühe Kindheit zurückverfolgt werden können. Die Eltern des Patienten waren geschieden, der Vater hatte wieder geheiratet. Der Patient stand dem Vater, wie auch der Stiefmutter, ambivalent gegenüber. Auch divergierten die Erziehungsmeinungen beider Elternteile stark. Durch die Fluchtreaktion wurde die Entziehung aus diesem Spannungsfeld versucht. Als dies nicht gelang, beging der Patient dann später, noch bevor eine eigentliche Nachuntersuchung durchgeführt werden konnte, Suicid, (der 2 Tage nach einer Auseinandersetzung mit dem Vater durch E 605 herbeigeführt wurde).

III.) Kurzschlußreaktion.

Kurzschlußhandlungen sind das Ende einer Kette innerseelischer Verwicklungen. Besonders häufig kommen sie vor während der Pubertätsentwicklung mit ihren seelischen Unausgeglichenheiten und ihren extremen überspannten Affektlagen. Wie die Primitivreaktionen finden sie sich oft bei infantilen, primitiven, intellektuell weichen, selbst-

unsicheren, willensschwachen, asthenischen Menschen, oder bei solchen, die leicht affizierbar sind.
Bei dem nachuntersuchten Patienten fanden sich außerdem noch psychopathische Züge. Die Kurzschlußhandlung fand statt, nachdem seine Freundin das Verhältnis mit ihm beendigt hatte. Er beschrieb große Mengen Papier mit unleserlicher Schrift und beging zwei Wochen später einen Suicid-Versuch.
Zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung war der Patient affektiv unausgeglichen. Es bestand noch eine Vaterambivalenz, aber dennoch auch eine Bindung ans Elternhaus. In der Symptomatik, im Kontakt und soziologisch war er ungebessert.

Die Kurzschlußhandlungen stehen, genau wie die Primitivreaktionen, in unmittelbarem Zusammenhang mit Erlebnissen, die Konfliktwert besitzen. Die Persönlichkeit ist aber insofern von Bedeutung, da sie den Konfliktwert dieser Erlebnisse und außerdem die Reaktionsform auf diese Erlebnisse hin bestimmt.

IV.) Frühverwahrlosung.

Ein Patient zeigte das Bild der Frühverwahrlosung: er entwich dauernd, zog herum, nahm von zu Hause Geld weg, war unbeständig bei der Arbeit und log ständig. Zurzeit der Klinikaufnahme war er 16 Jahre alt. Nach 4 Jahren konnte er nachuntersucht werden und es ergab sich, daß sowohl auf dem Gebiete der Symptomatik, als auch in der Kontaktentwicklung und auf soziologischem Gebiet noch keine Besserung vorlag. Es handelte sich um eine psychopathische Persönlichkeitsentwicklung, die offenbar eine Entgleisung der Persönlichkeitsentwicklung während des ersten Gestaltwandels darstellte. Bei diesem Fall war also die Frühverwahrlosung durch die psychopathische Persönlichkeit gegeben.

6 V.) Suicidversuche (nach LEONORE ZUMPE).

Die Häufigkeit der Suicide ist in den letzten zehn Jahren ungefähr gleich geblieben, liegt jedoch niedriger, als vor dem 2. Weltkrieg.

Auf je 10000 Jugendliche fielen

1957 --- 0,73
1938 --- 2,2 Suicide.

Zum Vergleich die Werte bei den Erwachsenen:

1956 —— 1,9

1938 —— 2,82 Suicide.

Natürlich entsprechen diese Zahlen keineswegs der tatsächlichen Häufigkeit der Suicide, bezw. der Suicid-Versuche, da die Dunkelzifferquote vorallem bei den Suicid-Versuchen sehr groß ist.
Bei den 15-25 Jährigen steht der Suicid an 2. Stelle der Todesursache. Stark zugenommen hat in den letzten Jahren die Zahl der mißlungenen Versuche.
In der Pubertät sind die Suicide bei Knaben und Mädchen gleich häufig. Hier aber ist die Zahl der mißlungenen Versuche ganz besonders groß.
Die Methoden, mit denen der Suicid ausgeführt werden soll, sind bei den Frauen meist passiv, d.h. Schlafmittel, Gas usw. und bei den Männern meist aktiv, z.B. Strangulation, Erschießen usw.
Bei den Jugendlichen genügt oft schon ein geringfügiger Anlaß, wie z.B. ein geringfügiges Versagen, leichter Tadel, Angst vor Strafe, Liebeskummer. Die Selbstmordhandlung aber ist der Abschluß einer meist lang dauernden Fehlentwicklung. Der Anlaß dazu muß aber zur Persönlichkeit passen, wie der "Schlüssel zum Schloß" (RINGEL).
Während bei Kindern unlustbetonte Affekte rasch abklingen, ist das in der Pubertät nicht der Fall. Dies ist auch ein Grund für die Häufigkeit der Suicide in der Pubertät.
Die Entstehung eines positiven kindlichen Lebensgefühls setzt Die Empfindung der Sicherheit und Geborgenheit voraus.
Der Mangel an Liebe und Geborgenheit stellt eine wichtige Ursache für die Selbstmordtendenz dar. "Das Leben gibt nur jener auf, der Liebe zu erhoffen aufgeben mußte!" (SADGER).
Dieses Aufgeben der Hoffnung ist nun bei den verschiedenen Persönlichkeiten verschieden stark ausgeprägt. Aus einem Mangel an Liebe heraus und wenn kein positives Lebensgefühl zustandekommt, pflegt sich dann ein "Mangel an eigener Liebesfähigkeit" (RINGEL), d.h. eine Kontaktstörung zu entwickeln.
SCHACHTER, COTTE, BAADER fanden bei 75-80% ihrer Fälle gestörte Familien, was auf die Bedeutung des häuslichen Milieus hinweist.
Auch ein ungünstiges häusliches Milieu führt zu einem Mangel an Sicherheit und Geborgenheitsempfindung.
Wichtig sind auch Intelligenzmängel, das Gefühl der Beeinträchtigung durch körperliche Krankheiten und die Häufung "abnormer charakterlicher" Eigenschaften.
So kommt RINGEL zu folgender Einteilung der Suicide:
1) Kurzschlüssiges Handeln: zeigt sich vorwiegend bei Debilen und Hirngeschädigten,
2) die neurotischen kindlichen Selbstmordtendenzen,
3) bei Psychopathen: hier wird der Suicid-Versuch und die Suicid-Drohung als Druckmittel verwendet.

Zu den neurotischen kindlichen Suicid-Tendenzen sagen BENDER, SCHILDER und TRAMER : Der Liebesentzug führt zur Aggression gegen die Umgebung. Diese Aggression wird jetzt zur Selbstaggression und zum Selbstmordversuch als Bestrafung der lieblosen Umgebung; dies ist ein Versuch, um Liebe zu

gewinnen. Es bildet sich hier auch ein Circulus Vitiosus heraus: Ein Mangel an Liebe nämlich führt zur Unfähigkeit alltägliche Aufgaben zu bewältigen. Jedes neue Versagen aber vergrößert die Furcht vor weiterem Liebesentzug.
Die Prognose der Suicid-Versuche ist nach LEONORE ZUMPE dann günstig, wenn ein aktiver Charakter vorhanden ist. Die Patienten sind wenig beeinflußbar, wenn große Passivität und mangelnder Leistungswille mit einem gesteigerten Geltungsbedürfnis verbunden sind.
Wichtig ist es auch, die Bedeutung von Krankheiten, d.h. von körperlichen Leiden in der Pubertät zu erwähnen. Es kommt hier zu besonders schweren Krisen und zu schwerer Stimmungslabilität, die wieder die kurzschlußhaften Selbstmordversuche begünstigt. Jugendliche dieser Gruppe wachsen meist in gutem Milieu auf und zeigen, wie LEONORE ZUMPE ermittelte, während der Nachbeobachtungszeit meiste keine Verwahrlosungserscheinungen.

Eigene Untersuchungen:

a) Zusammensetzung des Krankengutes.

Nachuntersucht wurden insgesamt 13 Fälle, davon 5 Frauen und 8 Männer. Zum Zeitpunkt des Suicid-Versuches waren die 13 Patienten zwischen 17 und 21 Jahre alt.
Bei 11 der Patienten lebten zum Zeitpunkt des Suicid-Versuches beide Eltern noch, allerdings waren die Ehen in 4 Fällen geschieden, davon hat in einem Fall der Vater erneut geheiratet, in einem anderen Fall lebte die Mutter mit einem ehemaligen Fremdenlegionär zusammen. Bei zwei Patienten war der Vater gestorben. Die eheliche Harmonie bei den sieben Familien, wo beide Ehepartner noch zusammenlebten, war bei fünf Familien ungünstig, bei zwei konnte nichts Auffälliges gefunden werden. Das häusliche Milieu war bei 12 Patienten ungünstig, bei einem ausreichend.
Der Vater war Geschäftsmann, Handwerker (4), Arbeiter (2), (davon war einer Totengräber), Hilfsarbeiter (2).
Bei einem Patienten litt die Mutter an Schizophrenie, bei einem anderen der Vater an einer manisch-depressiven Psychose, er hatte auch schon einige Suicid-Versuche in der Depression unternommen.
Sämtliche Patienten hatten die Volksschule besucht und dann folgende Berufe ergriffen:
Arbeiter (4), Hilfsarbeiter, Matrose, Hausangestellte (2), Metzger (2), Dekorationsmaler, Glaser. Einer hatte sich bis

zum Ingenieur fortgebildet. Dieser Patient zeigte eine gute Intelligenz, während alle anderen schwach bis ausreichend begabt waren. Sieben Patienten hatten ihren Wohnsitz in der Stadt, sechs auf dem Land. Der Kontakt zu anderen Menschen war durchweg gestört und die Einstellung gegenüber den Mitmenschen war bei 5 Patienten sehr kritisch und mißtrauisch, bei den anderen mehr ambivalent.
Die Ablösung vom Elternhaus war bei 8 Patienten gelungen, 5 fühlten sich noch gebunden, davon einer besonders stark an die Mutter. Die wirtschaftliche Lage war bei zwei Patienten gut und bei 11 Patienten ausreichend.
Die Hauptausgaben neben Kost und Wohnung waren für Kleider, Urlaub, Auto, Vergnügungen.

b) Suicid-Versuche:

Bei den 5 Frauen wurde der Suicid durch Einnahme größerer Mengen von Schlafmitteln versucht. Bei den Männern versuchten es drei mit einer Strangulation, einer mit einem Schnitt in die Art.radialis, einer versuchte sich mit einem Schußapparat, wie er in Metzgereien vorkommt, zu erschießen. Drei nahmen ebenfalls Tabletten, davon zwei Schlafmittel und einer versuchte, seinen Tod mit einer großen Dosis von Schmerztabletten herbeizuführen.
Bei zwei Patienten war es bereits der zweite Suicid-Versuch.
Die Gründe, die zum Suicid-Versuch unmittelbar geführt hatten, waren:
Stiefmutter durch Wiederheirat des Vaters; vermeintliche Schwangerschaft von einem verheirateten Mann; außereheliche Schwangerschaft; Spannungen mit der Mutter, die die Tochter in die neuapostolische Sekte zwingen wollte; Schwangerschaft durch einen der Patientin unsympathischen Mann; Liebeskummer (2); Auseinandersetzung mit dem Vater nach einem Alkoholabusus; Lösung des Verhältnisses durch die Freundin; Konflikt mit der Mutter, die in wilder Ehe lebte; Kündigung der Arbeitsstelle; Spott anderer Jugendlicher wegen Beruf des Vaters, der Totengräber ist; Gefängnisstrafe wegen Verkehrsgefährdung nach Alkoholabusus und nach der Untreue seiner Frau; Verlobung mit einem Mann, den die Patientin nicht heiraten wollte.

Zu diesen, den Suicid-Versuch auslösenden Gründen, kamen noch:
Häusliche Schwierigkeiten, starker Alkoholabusus, Schwierigkeiten durch Wechsel der Lebenssituation bei Umzug, Vaterfurcht, Mutterbindung, Nichtgewachsensein den Anforderungen der Wirklichkeit einer Ehe nach falschen verschönernden Vorstellungen, falsche Beschuldigungen, berufliche Schwierigkeiten, Mutterprotest, beleidigtes Selbstwertgefühl.
Bei zwei Patienten wurde ein frühkindlicher Hirnschaden vermutet.

Es zeigt sich also, daß die Ursache des Suicid-Versuches keine besonders gravierenden Erlebnisse sind, sondern daß es sich oft nur um alltägliche Schwierigkeiten handelt. Daß die betreffenden Patienten auf diese Schwierigkeiten hin einen Suicid-Versuch unternommen haben, läßt auf entsprechende Persönlichkeitsstrukturen schließen und tatsächlich zeigte sich dies auch bei der Nachuntersuchung.

c) Nachuntersuchung.

Die Nachuntersuchung fand nach 3-12 Jahren statt. Die Patienten waren hier zwischen 21 und 31 Jahren alt.
Bei allen Patienten wurden anlagebedingte, konstitutionelle und psychische Eigentümlichkeiten gefunden. Es lagen vor : Retardierungszeichen (4), Dysplasie, pyknische Körperform (2), zu abnormen Reaktionen neigende Personen (3), Geltungssucht (2), psychomotorische Starrheit (2), schwernehmender Charakter (2), Stimmungslabilität (3), Haltlosigkeit (2), Willensschwäche, dem Eindruck des Augenblicks ausgelieferte Persönlichkeit, leichte Erregbarkeit (2), schlechte affektive Steuerung (3), Infantilität, Jähzorn, schwere Durchschaubarkeit, Unruhe, Mißtrauen, hastiges Wesen.
Stets lagen bei einer Person mehrere dieser Eigenschaften vor.
Die Symptomatik hatte sich bei 8 Patienten gut gebessert, d.h. es waren in der Zeit zwischen damaliger Klinikaufnahme und Nachuntersuchung keine Suicid-Versuche mehr unternommen worden und es bestanden auch keine Tendenzen mehr dazu.
Bei zwei Patienten bestanden noch Neigungen zu Affekthandlungen, sodaß sie nur als leicht gebessert bezeichnet werden

können. Noch weniger gebessert war eine Patientin, bei der bei Konfliktspannungen persistierende suicidale Tendenzen vorkamen, allerdings wurde hier die Rezidiv-Gefahr durch die Sorge und pflegerische Tätigkeit für ihr uneheliches Kind verringert. Bei zwei Patienten waren die Symptome ungebessert, d.h. sie hatten in der Zwischenzeit je einen weiteren Suicid-Versuch unternommen, woran ein Patient verstorben war.
Im Kontaktbereich war die Entwicklung folgendermaßen verlaufen:
Bei 4 Patienten war sie unauffällig, 3 davon waren verheiratet und zwei davon wieder hatten 2 Kinder. Ein Patient zeigte wechselnde Bekanntschaften, die aber hier altersangepaßt waren. Verheiratet, aber im Kontaktbereich auffällig waren zwei Patienten, die mehr zur Isolierung neigten. Besonders auffällig zeigte sich dies bei einem Patienten, der geschieden war, obwohl ein Kind da war. Eine schlechte Kontaktentwicklung, die zur Isolation, Mißtrauen gegenüber den Mitmenschen usw. geführt hatte, war bei 5 Patienten zu sehen.

Die soziologische Entwicklung war bei 7 Patienten unauffällig, d.h. sie waren soziologisch gut angepaßt. Zwei waren noch unstabil und zwei soziologisch wenig entwickelt. Zwei Patienten zeigten eine schlechte soziologische Entwicklung, einer davon hatte wiederholt Bekanntschaft mit Gefängnisses gemacht, der andere war eine explosible, unstete Persönlichkeit, ein sogenannter Soziopath, d.h. er zeigte eine Gefährdung zum Asozialen.

d) Beispiele:

1.) Hertha H., geboren 27.3.1940 in Tübingen
Beruf: Montiererin.

Die Patientin hatte im Alter von 20 Jahren eine Überdosis Schlaftabletten genommen, als Grund dafür gab sie an, daß sie von einem ihr unsympathischen Mann ein Kind erwartete, sie lehnte diese Schwangerschaft ab.
Der Suicid-Versuch als solcher hatte ausgesprochen demonstrativen Charakter. Bei der Klinik-Aufnahme zeigte es sich, daß die Patientin sehr stimmungslabil und alles schwernehmender Mensch war. Ihre Intelligenz war ausreichend, das Lebensmilieu vor dem Suicid-Versuch war ungünstig, ihre Einstellung den Mitmenschen gegenüber war kritisch.

Die Nachuntersuchung nach 3 Jahren ergab, daß die Patientin nach der Klinikentlassung auf den Rat der Ärzte hin, den Kindsvater heiratet. Bald begann dieser aber zu trinken und zeigte keine Lust, mit seiner Frau zusammenzukommen.
Er ging ein Jahr zur Bundeswehr und als er wiederkam, verschlimmerte sich diese Situation noch. In letzter Zeit mißhandelte er seine Frau öfters, was dann zur Scheidung führte. Beide leben sie nun in demselben Dorf und sehen sich so öfters. Die Patientin würde deshalb, und um dem Gerede im Dorf zu entgehen, gern von daheim wegziehen, das ist aber wegen des Kindes und weil sie daheim helfen muß, nicht möglich. Außerdem ist sie noch stark an die Eltern gebunden.
So schließt sie sich dann möglichst von der Außenwelt ab, meidet jeden Kontakt, ist sehr menschenscheu und von den Mitmenschen enttäuscht. Deshalb will sie auch nicht noch einmal heiraten. Soziologisch war sie bisher noch stabil, ist jetzt aber im Abrutschen. Ihre Arbeit sagt ihr nicht mehr zu, auch ist sie ihr zu anstrengend.
Zurzeit leidet sie unter nervösen Beschwerden, Schwindel, bei Aufregung Erbrechen und Kopfschmerzen. Auch ist sie teilweise noch schwermütig und äußert dann suicidale Tendenzen. Sie sagt aber, daß sie wegen des Kindes keinen Suicid-Versuch mehr unternehmen würde. Die Rezidiv-Gefahr ist durch das Kind verringert, besteht jedoch durchaus noch.
Eine psychische Unausgeglichenheit verschwindet oft, wenn irgend eine Aufgabe, Verpflichtung, Lebenssinn gefunden worden ist. Die Symptome werden dann unterschwellig.
Daß dies in diesem Fall durch das Kind nur teilweise geglückt ist, liegt wohl in der dauernden Konfrontierung mit dem alten Konflikt, den die Patientin in dem kleinen Dorf, wo sie ihren geschiedenen Mann immer wieder sieht, und sich das Gerede der Leute anhören muß, ständig neu erlebt.

2.) Susanne W., geboren 12.9.1932 in Jugoslavien.
Beruf: Arbeiterin.

Die damals 19-jährige Patientin wurde wegen eines Suicid-Versuches mit Schlaftabletten in der Nervenklinik aufgenommen. Sie hatte sehr jung geheiratet und zeigte noch einen juvenilen hypoplastischen Körperbau mit Retardierungsstigmen. Sie war den Anforderungen des nüchternen Ehelebens, das sie sich anders vorgestellt hatte, nicht gewachsen.
Der Suicid-Versuch war dann eine Kurzschluß - und Trotzhandlung.
Nach der Klinikentlassung lebte die Patientin weiter, wie auch vorher schon, weit über ihrem sozialen Niveau. Ihr Mann erschien ihr zu einfach und sie hatte ein Verhältnis mit einem Studenten, der bei ihr in Untermiete wohnte.
Die Ehe drohte zusammenzubrechen, als sie von ihrem Freund ein Kind erwartete. Es kam aber zum Abort, auf den hin die Patientin zur Kur geschickt wurde. Hier nun kam sie erstmal in Kontakt mit den Zeugen Jehovas, nach deren Lehre gibt es keine Krankheiten, sondern sie sind nur Einbildung.
Das beeindruckte die Patientin sehr und sie wurde ein Mitglied dieser Sekte. Bis dahin war sie immer noch in der Klinik betreut worden und sie fand überall guten Kontakt.

Seit sie Zeugin Jehovas war, begann nun vorallem auf religiösem Gebiet eine paranoide Entwicklung. Sie war psychomotorisch gestrafft, vorallem in den Augen etwas starr, affektiv zeigte sie eine Verringerung der Nuancierbarkeit, aber sie zeigte auch auf religiösem Gebiet eine Überheblichkeit und war in religiöser Thematik unnahbar.
Die Sekte war für sie Verpflichtung und Aufgabe und stellte einen Lebenssinn dar. Auf der einen Seite bewirkte das einen Selbstheilungsmechanismus für die Symptomatik - ihre psychische Unausgeglichenheit war weitgehend abgekoppelt - auch war sie in ihrer soziologischen Entwicklung stabil geblieben. Auf der anderen Seite aber war eine beginnende paranoische Entwicklung zu sehen und die Patientin zeigte grobe Auffälligkeiten im Kontaktbereich. Ihre Gesamtpersönlichkeit hatte sich keineswegs günstig entwickelt. Es scheint hier also eine Heilung gegeben zu sein, aber eine glückliche Entwicklung in der Zukunft erscheint nicht gesichert.

e) Zusammenfassende Auswertung:

Die Ergebnisse der Nachuntersuchung zeigten die Richtigkeit der Auffassung von RINGEL, daß Selbstmordhandlungen bei Jugendlichen das Signalsymptom einer seit längerer Zeit bestehenden Fehlentwicklung sind. Diese Fehlentwicklung wird begünstigt durch einen Mangel an liebevoller Zuwendung und Geborgenheit. Dafür sind meist ungünstige äußere Umstände, bezw. persönliches Unvermögen der Erziehungsberechtigten, verantwortlich. Es entsteht dadurch bei den Jugendlichen kein positives Lebensgefühl, es treten Kontaktstörungen und Vereinsamung auf. Außer diesen begünstigenden Faktoren ist die Veranlagung für die Fehlentwicklung von größter Bedeutung. Beides zusammen ergibt die Gesamtpersönlichkeit. Der Anlaß des Suicid-Versuches muß nun zur Persönlichkeit, wie ein "Schlüssel zum Schloß" passen. (RINGEL).
Dieser Anlaß ist oft geringfügig. So war bei den nachuntersuchten Patienten häufig nur ein Liebeskummer, eine Kündigung, ein Tadel, häusliche Schwierigkeiten, Furcht vor dem Vater oder der Mutter, starke Mutterbindung, berufliche Schwierigkeiten, ein beleidigtes Selbstwertgefühl usw. nötig, um einen Suicid-Versuch auszulösen.
Die Tatsache der Geringfügigkeit des Anlasses, daß häufig ein Konflikt, der bei anderen Menschen als etwas Alltägliches abgetan wird, zu einem Suicid-Versuch führt, zeigt deutlich, daß diesem "Schloß", in das der "Schlüssel" passen muß, eine ausschlaggebende Bedeutung zukommt.

Die Methoden, mit denen der Suicid ausgeführt werden sollte, waren bei den Frauen durchweg passiver, bei den Männern meist aktiver Natur. Lediglich dort, wo eine demonstrative Tendenz unterstellt werden darf, bedienten sich auch die Männer der passiven Methode, bei der die Wahrscheinlichkeit des Mißlingens größer ist. Die Richtigkeit der Meinung RINGELS, daß der Mangel an Liebe und Geborgenheit zu einem Mangel an eigener Liebesfähigkeit führt, d.h. zu einer Kontaktstörung, zeigte sich bei den nachuntersuchten Patienten, bei denen im Kontaktbereich nur fünf unauffällig waren.

Daß überhaupt bei den Patienten ein Mangel an Liebe und Geborgenheit, bezw. ein Mangel an Sicherheits- und Geborgenheitsempfindung vorlag, läßt sich aus dem ungünstigen häuslichen Milieu, bezw. dem ungünstigen Milieu, in dem der Patient sich damals befand, schließen. Bei 12 der 13 nachuntersuchten Patienten war dieses ungünstige Milieu vorhanden. Bei dem einen Patienten, bei dem es nicht nachweisbar war, ergab sich ein begründeter Verdacht auf eine frühkindliche Hirnschädigung. In der Pubertät kam es dann zu einer besonders schweren Krise und Stimmungslabilität.
Daß dies auch bei den anderen Fällen von Bedeutung war, zeigt sich darin, daß vielfach nach der Pubertät eine Besserung der Symptomatik auftrat. Unlustbetonte Affekte klingen nach der Pubertät wieder schneller ab.
Man kann den Suicid-Versuch deshalb auch als Entladungs-Reaktion angestauter Affekte bezeichnen. Nach der Entladung ist der Affekt verpufft, eine Rezidivgefahr besteht jetzt selten. Es sei denn, daß schnell wieder ein genügender Affektstau zustandekäme, was bei willensschwachen, passiven Menschen eher der Fall zu sein scheint, als bei Menschen, bei denen ein Leistungswille besteht.
Dies alles zeigt aber nur wieder die Bedeutung der Gesamtpersönlichkeit.

Der eine Teil der Persönlichkeit, der auf den äußeren Einflüssen, auf dem Milieu und auf der Erziehung beruht, ist beeinflußbar. Wenn hier eine positive Beeinflussung stattfindet, kommt es auch zu einer positiven Beeinflussung der Gesamtpersönlichkeit, d.h. die individuelle Belastbarkeit, auf die es ja eigentlich ankommt, wird positiv

beeinflußt. Damit kommt es zu einer Verringerung der Suicid-Tendenz. Dieser positive Einfluß kann schon darin bestehen, daß z.B. Pubertätsschwierigkeiten mit zunehmender Persönlichkeitsreifung abklingen, meist ist es aber von großer Bedeutung, daß die psychischen Unausgeglichenheiten, die zur Fehlentwicklung führen, verschwinden, wenn eine Aufgabe, eine Verpflichtung oder irgend ein Lebenssinn gefunden wird. Diese Aufgabe kann die Sorge für ein Kind sein, auch wenn dieses Kind früher der Anlaß zum Suicid-Versuch war; es kann, wie bei einem anderen nachuntersuchten Fall die Pflege für eine gelähmte Frau sein, oder es wird ein neuer Lebenssinn gefunden und sei es auch, um sich für eine religiöse Sekte zu opfern.
Wohl kann so die Fehlentwicklung beseitigt werden, aber die Veranlagung zu dieser Fehlentwicklung bleibt vorhanden. Wenn aber die Faktoren beseitigt werden, die zu einer Fehlentwicklung führen können, dann ist trotz der Veranlagung die Suicid-Gefahr erheblich verringert.
Wenn die Fehlentwicklung aber nach dem ersten Suicid-Versuch nicht abgeschwächt werden kann, kann es sein, daß sich der Suicid als eine Möglichkeit zur Lösung von Konflikten fixiert.
Das konnte bei zwei der nachuntersuchten Patienten gesehen werden, die beide nach geringfügigen Konflikten wieder einen Suicid-Versuch durchführten.

Für das Zustandekommen eines Suicid-Versuches sind also folgende Punkte von Bedeutung:

1.) Die Veranlagung der Persönlichkeit zu abnormen seelischen Reaktionen.
2.) Äußere Einflüsse, die zur Fehlentwicklung führen. (Milieu, Familie, Erziehung usw.)

Punkt 1 und 2 bedingen die Belastbarkeit der Persönlichkeit.

3.) Der Anlaß zum Suicid, der dann aber häufig nur noch untergeordnete Bedeutung hat.

Der Suicid-Versuch kann jetzt je nach Veranlagung, äußeren Einflüssen und auslösender Ursache, verschiedener Art sein.

1. Er kann als Kurzschlußhandlung auftreten und zwar nicht nur vorwiegend bei Debilen und Hirngeschädigten, wie RINGEL sagt, sondern kann auch z.B. lediglich bei einer für die Persönlichkeit übermäßigen Belastung während der Pubertät vorkommen. Der Anlaß ist hier von großer Bedeutung.
2. Er kann demonstrativer Art sein. Hier ist weniger der Anlaß, als die Fehlentwicklung von Bedeutung. Dies ist auch der Fall, wenn der Suicid-Versuch
3. als Folge neurotischer Selbstmordtendenzen auftritt.
4. Der Suicid kann auch als Folge einer aussichtslos erscheinenden Situation ausgeführt werden.

Diese braucht nicht immer auf die Person beschränkt zu sein, sondern kann allgemein menschlichen, existenziellen Charakter haben. Dies zeigte sich im Ansteigen der Selbstmordziffern nach dem Erscheinen von Shakespeare's "Romeo und Julia" und von Goethe's "Werther". Aber auch diese Entstehungsart der Suicide, im Sinne des Bilanz-Suicids, ist abhängig von der Gesamtpersönlichkeit, auch muß hier eine gute Intelligenz vorliegen, was nur bei einem der nachuntersuchten Patienten der Fall war. Außerdem werden kaum so junge Menschen, wie die hier nachuntersuchten, durch diese Probleme zu einem Suicid veranlaßt werden.

Aus all dem ergibt sich als zentrales Problem die Belastbarkeit der Persönlichkeit, d.h. die Stufe, jenseits von welcher die Menschen aus dem Normgefüge des sozialen Wohlverhaltens herausfallen und auf eine teils durch die Umwelt bedingte, teils ihnen eigene Art, in - von der Allgemeinheit hergesehen - , zu mißbilligender Weise reagieren. So bedeutet der hier zur Debatte stehende Suicid ein unkontrolliertes und strukturell einfaches Reagieren auf - worauf schon besonders hingewiesen wurde - durchaus normale, d.h. normgemäße Belastungen von Individuen in ihrer engeren oder weiteren Sozialbezogenheit, d.h. in ihren engeren oder weiteren Lebenskreisen.

C. Zusammenfassung der einzelnen Symptomgruppen.

Sämtlichen in der vorliegenden Arbeit nachuntersuchten Patienten war gemeinsam, daß ihre Symptome zurzeit der Pubertät, oder kurz danach auftraten. Die Art der Symptomatik war, wie gezeigt wurde, mannigfaltig, jedoch hatten die verschiedenen Erscheinungsformen der Symptomatik alle eine Beziehung zur Pubertät. Man könnte ihren Ausbruch als Folge einer krisenhaften Pubertätsentwicklung bezeichnen und die Erkrankung selbst als Symptom einer sogenannten Pubertätskrise.
Die eigentliche "Erkrankung" wäre also bei allen eine Pubertätskrise und die einzelnen "Krankheitsbilder" lediglich Symptome dieser Pubertätskrise. Die Symptome scheinen oft erst nach der eigentlichen Krise deutlich aufzutreten.
Dies soll nun im folgenden etwas genauer erläutert werden, dazu muß aber erst einmal Klarheit über den Begriff "Pubertätskrise" geschaffen werden.

Die Frage lautet nun also: Was ist eigentlich eine Pubertätskrise und wie kommt sie zustande ?

Um eine Antwort auf diese Frage bekommen zu können, soll zuerst auf die normale Pubertät eingegangen werden.

Als Pubertät wird ein Vorgang bezeichnet, der zu einem bestimmten Zeitpunkt im Leben des Menschen zu mannigfaltigen Umstellungen führt und zwar zur sexuellen Reifung und Wachstum des Körpers, zu einem Instinktwandel, zu seelischer und sozialer Umstellung.

E. KRÄMER sagt: Die Pubertät führt zur :
Faktentreue, Ichgewinnung, Kontaktverlust mit Vertrauten, Vorstoß ins Unvertraute, Radikalismus im Fühlen, Denken, Werten. Entstehung des Geltungsbewußtseins, des Geltungsstrebens und der Hinwendung zum Geschehen; Eintritt des Sexuellen.
Biologisch ist das Ziel und das Ende der Pubertät die Geschlechtsreife. Körperlich besteht die Pubertät in der Entwicklung der Keimdrüse und der übrigen inneren und äußeren Geschlechtsorgane zur vollen Funktion, in der Ausbildung

der sekundären Geschlechtsmerkmale unter dem Einfluß der inneren Sekretion. Bei Mädchen beginnt die Menstruation - Als wichtigste sekundäre Geschlechtsmerkmale sollen nur genannt werden: Das Wachsen der Scham- und Achselhaare bei beiden Geschlechtern, des Bartes beim Mann, die Ausbildung der Brüste und des Beckens bei der Frau.
Beim Mann kommt es außerdem durch rasches Wachsen des Kehlkopfes und des Stimmbandapparates zum Stimmwechsel.
Diese sexuelle Reifung ist heute bei uns im Durchschnitt beim Mann mit 13,7 Jahren erreicht (1910: 15-16 Jahren); bei den Mädchen dürfte es ein Jahr eher der Fall sein.

In der Pubertät wird aber auch der Geschlechtstrieb ausgebildet, so findet eine Instinktablösung zwischen Brutpflege und Sexualtrieb statt. Er setzt sich aus zwei ihrem biologischen Ursprung nach verschiedenen Trieben zusammen:
Dem Kontraktionstrieb, dem Annäherungstrieb, der aus sozialen und geschlechtlichen Wurzeln stammt; und dem Detumeszenztrieb, dem Trieb zur Abstoßung der Geschlechtsprodukte, der entwicklungsgeschichtlich älter ist und sich schon bei den niedersten Tieren findet.
In der Pubertät entwickeln sich nun diese körperlichen und seelischen Seiten des Geschlechtstriebes häufig getrennt. Man kann einerseits eine rein ideale Schwärmerei für Personen desselben oder des anderen Geschlechts beobachten, andererseits melden sich die ersten Erregungen der erwachenden Genitalzone, (siehe Onanieren bei den Knaben). Eine Vereinigung der beiden Bereiche findet normalerweise am Ende der Pubertät, in der Adoleszenz statt und zwar umso schneller, je primitiver der Jugendliche und je tiefer die soziale Umwelt ist, aus der er stammt. Wird aber die Pubertät durch verfrühte sexuelle Betätigungen abgebrochen, so können die normalerweise auftretenden geistigen Pubertätserscheinungen sich nicht entwickeln.
Diese sind dadurch bedingt, daß der Annäherungstrieb sich in seiner Absonderung zu idealen Zielen zuwendet; er wird somit zum Träger alles kulturellen Aufschwungs.
Die Pubertät ist die Zeit, in der sich der Mensch zuerst für

Wissenschaft und Kunst interessiert, in der er seine ethischen Ansichten prüft und sich seine Weltanschauung sucht.

Die Möglichkeit menschlicher Kultur beruht darauf, daß der Mensch mit seinem Verstand nicht nur in der Lage ist, zu abstrahieren, sondern auch zu generalisieren, daß er umweltbewußt ist und dadurch zur Bildung einer Tradition fähig.
Damit wurde er in seinem Verhalten aber auch abhängig von der sozialen Normenstruktur, die menschliche Umwelt wurde "geschaffen" durch die Entwicklung von Kultur und Tradition, zu der auch die herrschenden moralischen Gesetze gehören. Umso vielschichtiger eine Gesellschaft ist, desto komplizierter wird diese Umwelt. So ist es für den jungen Menschen heute schwieriger, als früher, sich durch die Vorbereitungszeit der Pubertät an das Erwachsenenleben anzupassen - noch dazu, nachdem heute die körperliche und die seelische Reifung weit auseinandergezogen ist. Wie schon oben erwähnt, tritt die sexuelle Reifung heute erheblich eher ein, als in früheren Zeiten. Diese Diskrepanz zwischen rein biologischer Entwicklung und dem Komplex der moralischen und sozialen Anpassung ist ein weiterer Grund für Spannungen während der Pubertät.

Nach ALFRED ADLER hat der Mensch drei Hauptaufgaben im Leben:

1.) die Ehe
2.) den Beruf
3.) sich in die Gemeinschaft einzufügen.

Die Pubertät ist die Zeit, in der die Vorbereitungen und Anpassungen an diese Aufgaben erfolgen muß. Der Jugendliche löst sich in der Pubertät aus der Überlieferung und der kindlichen Verbundenheit mit der Familie los und wird ein selbstständiger Mensch. Diese Loslösung geschieht oft im Kampf und im Bruch mit den Eltern, die zum großen Teil durch das Unverständnis der Eltern bedingt sind, die die Abhängigkeit zu erhalten suchen. Die Autorität wird aber gestürzt und der Jugendliche entdeckt sein selbstständiges Ich und damit den Wert und die Eigenart der Individualität,

was häufig im Schreiben von Tagebüchern zum Ausdruck kommt. Der Jugendliche sucht die Einsamkeit auf, er sehnt sich nach einem wahlverwandten Menschen, sei es ein Freund, Führer oder Geliebter. Die Sehnsucht ist das stärkste Erlebnis dieser Zeit. Die Ungeklärtheit der Sehnsucht, verbunden mit dem Drang zur Loslösung vom Gewohnten bedingen die eigentümliche Unruhe und Reizbarkeit, die jungen Menschen in diesem Zustand anhaftet und die sie selbst unglücklich und unfroh macht.

Der Labilität der Gefühle und der Denkleistungen entspricht die Labilität im sozialen Gebiet.
Das Ziel dieser Labilitätsphase ist die Herstellung einer eigenen Wertordnung, von eigenen Überzeugungen und Einstellungen, die frei von der Gängelung der älteren Generation eine Orientierung im Leben erlauben. Dazu sind aber Fähigkeiten nötig, die erst gewonnen werden müssen, wie Verständnis für seelisches Leben. Im persönlichen Leben gewonnene starke Gefühle sind nötig (besonders auch religiöse), ferner die Möglichkeit des logischen Schließens und Verallgemeinerns, Sowie Antriebe zum Bewerten und Stellungnehmen.

Wichtig für den Ablauf der Pubertät ist:

1.) das Elternhaus im allgemeinen
2.) seine sozialen und erzieherischen Verhältnisse
3.) eheliche Harmonie der Eltern
4.) Anzahl der Geschwister und Stellung in der Geschwisterreihe
5.) Scheidungs-, Stief- und Waisenkinder-Situation
6.) Kriminalität und Trunksucht der Eltern
7.) Schulbildung
8.) Umwelteinflüsse.

Die menschlichen Wertnormen, die Form des Verhaltens und die Emotion werden nämlich zu erheblichen Teilen durch Tradition, Erziehung und Gewohnheit gebildet. (MEAD, BENEDICT, KARDINER).
Schon in der normalen Pubertät sieht man neurotisch oder psychotisch anmutende Symptome, die oft kaum von den Anfangszuständen und den Grenzfällen der Geisteskrankheit zu unterscheiden sind. Dieser normale Pubertätsverlauf hat in der

heutigen Zeit einige Abwandlungen erfahren, die die Möglichkeit von Störungen in der Pubertät erhöhen.
Der "Zeitgeist und seine Inkarnationen"
. das sind :
Verhaltensmuster, Normenzwänge, Institutionen, Leitbilder -

stellen das Spalier dar, an dem sich junge Menschen, wie Kletterpflanzen, emporranken. Ohne Leitbilder gelingt die Selbstverwirklichung und Selbstfindung nicht und eben diese Vorbildwahl wird heute langsam konkretisiert. Während früher historische Persönlichkeiten und Dichter die Leitbilder waren, so sind es heute Politiker, Künstler, Wissenschaftler, Filmstars und Sportler, d.h. Gestalten des gegenwärtigen öffentlichen und kulturellen Lebens und somit Gestalten im Nahraum des persönlichen Lebens.
Gerade dieses öffentliche und kulturelle Leben ist heute nicht mehr gestaltungsträchtig genug. Dies zeigt sich auch im konkreten, alltäglichem Verhalten der Jugendlichen und in ihren geistigen Entscheidungen, die ja von der Gesamtheit der kulturellen Gegebenheiten einer Zeit abhängig sind.
Die Welt ist zu oft in eine wechselnde Gestalt gebracht worden, sodaß nichts mehr in spezifisch eigener Form gesagt oder getan werden kann. Alles wirkt verbraucht und abgenutzt, stereotyp, wie ein Klischee. In dieser Zeit kann die Jugend keine klaren Rollen und Verhaltungsweisen mehr übernehmen. Die Wertnormen sollen durch Massenmedia, wie Film, Fernsehen, Presse, Literatur und Sport ersetzt werden.

W.SCHINDLER sagt: " Die häufigen Gesellschaftsrevolutionen betonen die puberale Revolution der Individuen und sie werden in eine konfliktgeladene Mittelstellung gedrängt, wie ja jeder Konflikt zur Zwischen-Mittelstellung führt. Handelt es sich um die Stellung des "nicht mehr" oder"noch nicht", so entsteht entweder eine Regression in die Vergangenheit, oder ein vorzeitiger Sprung in die unbekannte Zukunft."
Bei der "weder-noch"-Haltung resultiert eine apathische, defensive Grundhaltung. Die "sowohl, als auch" - Haltung ist die eigentlich abnorme, die zur seelischen Störung führen kann. Die Folge des technischen Fortschritts sind die "Halbstarken", d.h. Halberwachsene, in der Mitte stehen ge-

bliebene und obgleich psychologisch, biologisch gewachsen, nehmen sie eine Mittelstellung, die sie aus zeitbedingten Gründen nicht aufgeben wollen, mit ins Erwachsenenalter hinein. Aber auch als Erwachsene werden sie dann keine Antwort für die Fragen der Gegenwart wissen. Sie bleiben verantwortungslos, oder entwickeln einen abnormen Ausweg aus dem Konflikt in eine psychogene Störung.
R. OLDEN sagte dazu einmal:
"Wir leben in einer großen Zeit, Gott schicke uns eine kleine!"

Durch die Tatsache, daß heute die körperlich-sexuelle und die seelische Reifung weit auseinandergezogen sind, kommt es zur sexuellen Frühreife, d.h. der Triebdruck kann noch nicht auf biologisch angemessene Entladungsmöglichkeiten abgeleitet werden und die Entladung geschieht auf außerbiologischen Gegebenheiten, es kommt z.B. zu Verführungen, Abenteuerlust, Sensation und Geltungswille.

Das "starke Körpergefühl" begünstigt auch das Entstehen der Neigung zur Hypochondrie in der Pubertät. Diese verzerrte Entwicklungskurve d.h. die asynchrone Entwicklung vom sexuell-körperlichen und gemüthaft-sittlich-geistigen, bei der der Erwachsenenstatus heute später erreicht wird, als in früheren Zeiten, führt bei den Jugendlichen zu einer Statusunsicherheit, zur Unklarheit, ob für ihn noch der Kind-, der Jugendliche- oder schon der Erwachsenen-Status gültig ist. Verstärkt wird diese Unsicherheit noch dadurch, daß die Jugend mit den Erwachsenen in einem seelischen Einheitsraum leben und der jugendliche Status heute übersprungen wird, oder nur kurzfristig vorhanden ist, was naturgemäß zu Spannungen führen muß. Konflikte entstehen auch daraus, daß es den Jugendlichen jeweils nur erlaubt ist, an Teilbereichen der Erwachsenen-Welt teilzunehmen, (H.KLUTH). Diese Spannungen finden ihren Ausdruck z.B. in den Halbstarken-Krawallen, die ungezielte Protestreaktionen darstellen und eine Befreiung von der vagen Unzufriedenheit als Ziel haben. Sie sind epochaltypisch und nur in unserer abenteuerlos gewordenen industriellen Massen- und Wohlstandsgesellschaft möglich.
Auch der durch die Pubertät frisch entstandene Freiheits-

drang kann in unserer heutigen Lebensform nicht ausgelebt werden. Während in anderen Zeiten und Lebensformen viele Möglichkeiten dazu vorhanden waren, wird dem Jugendlichen in unserem betont "freiheitlichen" Lebens- und Erziehungsformen dafür wenig Spielraum gelassen.
Auch ist die Ich-Entwicklung, die für den Jugendlichen während der Pubertät so entscheidend ist, in unserer heutigen Zeit gestört. Ein Grund dafür dürfte sein, daß ein "Individuumsein" nahezu illusionär geworden ist. Um das "Selbst" und die Freiheit nicht zu verlieren, wird ein "Abwehrindividualismus" d.h. ein "Sicherungsindividualismus" entwickelt. Das Gewißwerden des Selbst wird dadurch versucht, indem man es immer bis zur Grenze übersteigert.

Ebenso ist bei der heutigen Jugend eine Verantwortung gegenüber dem Sinnbestand der Welt und einem eigenen sinnhaften Selbstsein nicht mehr gegeben, da ihnen die Sinnerfülltheit unserer Welt fraglich geworden ist. Sie wollen eine Selbstbewahrung, Ich-Abschirmung und nicht eine Selbststeigerung. Das führt zu den"Taten ohne Motiv", mit denen sie sich selbst bestätigen wollen. Der Wille zum "Selbst" und zur Selbstständigkeit zeigt sich ja auch in der Ablehnung von Befehlen, Geboten und Verboten der Erwachsenen. Wie weit die geistige Selbstständigkeit erreicht wird, hängt von der Eigenkraft des jungen Menschen ab, mit der er der Kraft des Zeitgeistes gegenübertritt. Eine Gefahr ist, daß gleichzeitig damit der Egoismus als Erscheinungsform des Zeitgeistes auftreten kann.
Eine weitere Folge des Zeitgeistes ist, daß die Jugend zu keinen starken Gefühlen mehr fähig ist, das Gefühl wurde eliminiert, es ist verschlissen. Es bestehen nur noch halbe und Viertels-Gefühle, die zu einer Langeweile führen, die ihrerseits einen "Schwachstrom-Lebensersatz" (GEHLEN) oder den "kleinen Rausch" (MUCHOW) herbeiführt, wie z.B.: Bars, Alkohol, Nachtlokale, sexuelle Betätigungen, Kino, Onanie, Halbstarken-Krawalle. Dies alles ist ein Versuch, den Lebenshunger zu stillen. Ein weiterer Grund für diese Langeweile ist, daß der Antriebsüberschuß in der Umwelt nicht abreagiert werden kann, da sie befriedet, organisiert und dem Abenteuer abhold ist.

Dies alles stellt nun einen für alle geltenden Faktor dar, der die Pubertät in unserer Zeit modelliert hat, und der einen ungünstigen Einfluß auf den Verlauf haben kann, aber nicht muß. Der veränderte Zeitgeist wirkt auf alle Jugendlichen gleich, d.h. kollektiv, die Reaktion auf ihn aber ist verschieden. Diese Reaktion wiederum ist von individuellen Gründen abhängig, sodaß die bestehenden Spannungen sich bei Einzelnen zu Pubertätskrisen ausweiten können.

Dieser neue Zeitgeist ist ein Grund für die Acceleration. Diese entspricht alles in allem gesehen einer Adaption des Menschen, an die von ihm geschaffenen neuen zivilisatorischen und soziologischen Bedingungen. Der epochale Entwicklungswandel, der dadurch ausgedrückt wird, hat eine Bedeutung für die Disposition zu Neurosen und psychosomatischen Erkrankungen im Jugendalter. PORTMANN sagte: "Acceleration ist die Folge der industriellen Gesellschaft".

So ist in der Entwicklung der Jugendlichen heute folgendes zu sehen:

1.) Eine Tempobeschleunigung. Das Reifeendziel ist vorverlegt, dies führt zur Frühreife. Hier finden häufig Disharmonien statt, da
   a): das Körperwachstum beschleunigt wird, aber die Genitalreife zurückgeblieben ist, oder
   b): aber die Genitalreife der körperlichen vorauseilt.

2.) Ein höheres Entwicklungsendziel wird erreicht. Dies ist von den soziologischen Faktoren abhängig.

3.) Es ist ein Wandel in der bleibenden körperbaulichen Konstitution eingetreten. Mit der körperlichen wandelt sich aber auch die vegetative Konstitution, d.h. es kommt zur neuropathischen Stigmatisation der akzelerierten Jugend. Dies führt zu einer gesteigerten Umweltlabilität und zu einem überschießenden Reagieren auf Außenreize.

Bei den frühreifen Erwachsenen ist die Rationalität noch verbunden mit infantilen, vital- und triebgebundenen Zügen. Auch dies stellt eine Disposition für psycho-reaktives Versagen dar. Ebenso ist es ja, nebenbei bemerkt, mit der Versagung und der Verwöhnung im Kindesalter. Dieselbe Folge

kann die Tatsache haben, daß bei den hisharmonisch Accelerierten ein ständiger Wechsel zwischen Hemmungs- und Enthemmungssymptomen stattfindet.
Die Acceleration bedeutet also einen Wandel der psychophysischen Person, dies wiederum ist ein günstiger Boden für psycho-reaktives Versagen und psychosomatischer Symptome.
Die Accelerierten werden verschlossener, besonders im Hinblick auf emotionelles Erleben, was zu Primitivreaktionen führen kann. Es sei hier das "Kriegszittern" im ersten Weltkrieg erwähnt, das Bild einer psychogenen Extremitätenlähmung.
Diese Umstellung bedingt jedoch auch einen Reaktionswandel, die Erscheinungsweise des psycho-reaktiven Versagens ist verschoben. So war im zweiten Weltkrieg häufig ein Ulcus ventriculi als diskretere Antwort auf eine chronische psychische Dauerwirkung zu finden. Aus der Primitivreaktion wurde eine vegetative Reaktion. Seelisches wird heute im Vegetativum ausgedrückt.
Die Charakterneurosen der Accelerierten entstehen aus einem gesteigerten Geltungs- und Ehrgeizanspruch, einer erhöhten aggressiven Gespanntheit, hoher innerer Dynamik und einer Protesthaltung gegen Eltern und Autoritäten.
Die Acceleration findet heute vermehrt bei der Landbevölkerung und bei den Dorfschülern statt. Das erklärt das häufige Vorkommen vegetativer und neurotischer Symptome auch auf dem Land. Auf dem Land gehen wohl auch heute, im Vergleich mit der Stadt, die größeren soziologischen Umschichtungen vor. Es zeigt sich eine zunehmende Industriealisierung.

Auch werden die vegetativen Erkrankungen begünstigt durch das Leben auf dem Lande, die Tatsache, daß hier jeder jeden kennt und daß eine ständige Neukonfrontierung mit einem Konflikt stattfinden kann, wenn dieser umweltbedingt ist. Andererseits fehlt hier aber die große Reizüberflutung, der die Jugend in der Stadt ausgesetzt ist und die sich während der Pubertät, wo ja eine gesteigerte Umweltlabilität und ein überschießendes Reagieren auf Außenreize besteht, ungünstig auswirken kann. Wichtig ist auch die Erscheinung der protrahierten Pubertät. Normalerweise wird in

der Pubertät die negative Phase der Auflösung und die der Reharmonisierung durchlaufen. Durch eine neurotische Fehlentwicklung entsteht oft keine positive Phase, sondern Züge der ersten Phase bleiben bestehen, sodaß sich eine protrahierte Pubertät bis ins Erwachsenenalter hineinziehen kann. Bei diesen unreifen Jugendlichen mit ihren Schwierigkeiten im Lebenskampf besteht eine Pubertätsproblematik. Man kann auch sagen, daß die Pubertät eine neurotische Fehlentwicklung besonders sichtbar werden läßt.

Im Rahmen allgemeinbiologischer Probleme müssen nun auch die krisenhaften Pubertätsvorgänge gesehen werden, d.h. die abnormen, aber noch nicht psychotischen Reifungsstörungen und Reifungsvarianten.

Bei den Knaben treten die Reifungsprobleme relativ frühzeitig auf der psychischen Seite auf, was zu sozialen Kontaktstörungen zwischen Alt und Jung führt, die sich z.B. im "Vaterprotest" ausdrücken. Zu einer eigentlichen Pubertätskrise gehören aber zu den kollektiven Faktoren, die zu Spannungen führen, auch noch individuelle. Schädliche Erlebnis- und Umweltwirkungen im Kindesalter finden sich ja auch bei Gesunden.

Wodurch wirken sie sich also in einzelnen Fällen zum "psychischen" Trauma aus, d.h. zur Ablenkung der triebhaften Grundhaltung ?

Dies findet man meist bei Menschen mit bestimmten körperlich-konstitutionellen Stigmen, es sind Teilretardierte:

Bei Teilretardierten ist die ganze Entwicklung stockend und teilweise verzögert. Dies wirkt sich besonders in der Pubertät aus. Es kommt zu starken Verspannungen und Triebstauungen.

Die Gesetzmäßigkeiten des Reifungstempos und der im Charakter nicht niederschlagenden endgültigen Reifungsgrade gehören zu den Zentralproblemen der menschlichen Biologie und ergeben einen Zugang zu wichtigen sozialen Problemen. Auch haben sie eine Einwirkung auf die Instinkte, von denen die Einordnung des Einzelnen in das Ganze abhängt.

Bei asynchronen Reifungsgehemmten geraten der ausgereifte und der retardierte Teil der Persönlichkeit in Reibung

und Gegenspannung. Solche Menschen reagieren dann auch soziologisch anders. Typische Spannungen der privaten und familiären Sphäre projizieren sich hier in vergrößerter Spiegelung in den ganzen sozialen Lebensraum.
Als körperliche Symptome der Reifungshemmung findet man in leichten Fällen: endokrine Varianten, z.B. intersexe Spielarten, persistierende Infantilismen, Hypoplasien (z.B. Mittelgesicht, Akren), verspäteter Bartwuchs, Stimmbruch, sonstige Reifungshemmungen der sekundären Geschlechtscharaktere, unregelmäßige Menstruation.
Bei schweren Fällen der puberalen Reifungsstörung findet man allgemeine Wuchshemmungen, Pubertätsverfettung, Puberaldystrophien mit hartnäckiger Reifungsstockung.
Die seelische Pubertätsreifung besteht aus einer Reihe von einzelnen Entwicklungslinien. Beim Gesunden lösen sie sich zu bestimmten Zeitpunkten und mit bestimmtem Tempo aus und laufen synchronisiert nebeneinander her. Bei Störungen kommt es dann zur Asynchronie. Die seelischen Abläufe greifen nicht richtig ineinander und es kommt zu seelischen Schwierigkeiten und dadurch wieder zu sozialen Kontaktstörungen.

Auch der puberale Instinktwandel hat bestimmte Ablaufphasen, die in bestimmten Zeitspannen nacheinander gesetzmäßig abgewickelt und vollendet werden müssen.
Je mehr Elternbindung bestehen bleibt, desto mehr Störungen des sozialen Kontaktes kann es im Erwachsenenleben geben.

Es kommt in der Pubertät zu einer Abwehr gegen infantile Bindungen und zwar durch:

1.) Interessenverschiebung (z.B. an eine Jugendgruppe).

2.) Verkehrung der Affekte in ihr Gegenteil. Aus Liebe wird Haß, aus der Abhängigkeit entwickelt sich eine Revolte. Respekt und Bewunderung wird zu Herabsetzung und Verachtung. Diese Feindseligkeiten können von den Objekten abgezogen und auf die eigene Person gewendet werden. Dies kann zu schweren Depressionen, Minderwertigkeitsgefühlen, Tendenzen zur Selbstschädigung und zu Selbstmordimpulsen führen.

3.) Zu starke Beachtung der eigenen Person. Daraus entstehen Größenideen, Machtphantasien, übertriebene Vorstellungen

vom eigenen Können. Durch Bezug auf den eigenen Körper könnte die Entwicklung einer Hypochondrie erklärt werden.

4.) Sich zurückziehen vor den Aufgaben des Lebens.

5.) Eine wichtige Stellung kommt hier auch der Sexualität zu. Durch schlecht ausbalancierte Sexualentwicklung wird Angst produziert, das führt zur Betonung des Ich, oder zur aggressiven Protesthaltung der Erwachsenengesellschaft gegenüber. (W.SCHINDLER, aber auch ADLER, KRETSCHMER u.a.)

6.) Auch besteht häufig zu Hause ein Sexualtabu, wenn die Jugendlichen mit ihrem Gewissen noch selbst darin gebunden sind, was zur sexuellen Not, zu Angst und Schuldgefühlen führt, was das Auftreten der Neurasthenie und des Suicid begünstigt.
Aus der sexuellen Not heraus entsteht ein organischer Bedarf und je länger die Deckung dieses Bedarfs verzögert wird, umso mehr wird sie zum Problem des Gesamtverhaltens eines Individiums. Das entspricht der "Dominanzrolle eines Mangels" (HOFSTÄTTER).

Bei einem asynchron Reifungsgestörten kann sich nun jede der biologischen Phasen der Pubertät beliebig in die Länge ziehen, akzentuieren oder als dauernder Charakterbestandteil fixieren. So kann sich z.B. eine positive Instinktabhängigkeit von den Eltern ins Alter hineinziehen, oder die Phase des Pubertätsprotestes gegen den Vater bleibt erhalten, was zu einem ständigen Sichauflehnen gegen alle äußere Autorität führt. Durch Diskrepanzen nehmen diese Haltungen einen meist überspannten, überreizten abnormen Charakter an.
So kann ein normaler Instinkt von gestern zu einer Neurose von morgen werden. (E.KRETSCHMER).
Die Interessen und die Einstellung zu den Grundaufgaben des Lebens haben sich gegenüber früher verlagert, dadurch hat eine Umstellung des gesamten Lebensbereiches stattgefunden. Das bedingt, daß heute gehäuft Neurosen auftreten, da erst wieder neue Instinkte gebildet werden müssen.

Bei Fortbestehen juveniler Teilstrukturen kommt es leicht zu psychischen Konflikten mit den Aufgaben des

gereiften Lebens, es entstehen auch Anpassungsschwierigkeiten zwischen Konstitution und Lebensraum.

Die teiljuvenilen Konstitutionen versagen dort vermehrt, wo die Aufgaben des Lebens gehäuft hervortreten, z.B. meist im 20. bis 30. Jahr, da hier typische, soziologische Belastungsproben an den asynchron Reifungsgestörten und an seine unausgeglichene Sexualkonstitution herantreten, wie z.B. Gattenwahl, Verlobung, Ehe usw. Die Aufgaben, die die Lösung vom Elternhaus nach sich ziehen, werden nicht so gut gemeistert. (Daraus läßt sich auch erklären, daß die in dieser Arbeit aufgeführten Beispiele durchaus nicht immer pubertätsspezifisch sind und daß auch das Alter der Erkrankten beim Auftreten der Erkrankung nicht unbedingt direkt in der Pubertät lag).
Im zweiten Lebensjahrzehnt sieht man dagegen mehr die Unausgeglichenheit pubertierender Menschen mit rasch vorübergehenden Primitivreaktionen und Kurzschlußhandlungen, in ernsten Fällen kommt es zu abnormen Reaktionen.

Die Pubertätskrisen sind also keine Psychosen, sondern Reifungsschwierigkeiten der Persönlichkeit mit starken soziologischen Ausstrahlungen. Die Pubertät ist hier zeitlich verlängert.

KRETSCHMER bezeichnet die Pubertätskrise weiter als eine karikaturhafte Übersteigerung der normalen Pubertät. Dies gilt besonders für den "Vaterprotest", das entspricht der Auflehnung gegen alle Autorität, wie z.B. im Elternhaus, Schule, Beruf usw. Mit dem Vaterprotest gekoppelt ist eine intrapsychische Ataxie, d.h. eine seelische Gleichgewichtsstörung, die sich z.B. in Stimmungsschwankungen, Taktlosigkeit und Sprunghaftigkeit zeigt. Hier besteht dann auch die Gefahr abnormer Reaktionen, wie :
Kurzschlußhandlungen, plötzliche Affektkrisen, zornmütiger Koller, Suicidversuche, triebhaftes Weglaufen und die Gefahr der Verbiegung der späteren Persönlichkeitsentwicklung.

Man kann also nach all dem Gesagten die in dieser Arbeit behandelten Symptome:
Suicidversuche, Verstimmung, vegetative Dystonie, psychogene Anfälle, Kopfschmerzen, Hypochondrie, Kurzschlußreaktionen,

Primitivreaktionen, Verwahrlosung und Verdacht auf kurze delirante Episoden
durchaus als Zeichen einer Pubertätskrise sehen. Es sind die Symptome, die eine krisenhafte Pubertätsentwicklung anzeigen und die auf eine Reifungsstörung, bezw. asynchronen Reifungsverlauf hinweisen.

Es sind körperliche Störungen, die durch eine Kette von Ereignissen ausgelöst werden, bei denen aber konstitutionelle, seelische, soziale und kulturelle Faktoren eine Rolle spielen. Diese Faktoren haben einen Einfluß auf die Entwicklung und auf den Verlauf der verschiedenen klinischen Störungen.
Auch Gefühle, Einstellungen, Ideen, Sitten, Werthaltungen beeinflussen die körperlichen Funktionen über einen bestimmten Mechanismus, d.h. daß für die Entwicklung einer dieser Krankheiten ein aus dem Erleben stammender Faktor eine wesentliche Rolle spielt, aber nicht die ausschlaggebende Bedingung ist. Entscheidend ist die ererbte oder entwickelte konstitutionelle Basis. "Die Pubertät formt lediglich die dem Lebensbau zugrundeliegenden Ziegelsteine." (W.SCHINDLER).

Wenn die Vorbereitung auf die Pubertät dispositionell und umgebungsbedingt mangelhaft war, dann fällt auch das Pubertätsexamen mangelhaft aus. Die Pubertät läßt dann entweder alte Wunden neu aufbrechen, oder sie schlägt neue.

Es ist auch möglich, daß die entstandenen Krankheitsbilder tatsächliche Erkrankungen darstellen, im Gegensatz zu denen auf rein psychogener Basis. Der Mechanismus, über den diese Krankheiten entwickelt werden, könnte folgender sein: Eine Gemütsbewegung setzt eine Funktionsänderung im Körperlichen dadurch, daß der normale Affektreflex (wie z.B. das Schamrot) durch einen bedingten Reflex stillgelegt wird. So kann eine affektive Belastung zur Manifestation von vegetativen Vorgängen führen und eine psychische Überbeanspruchung kann über den Affekt organische Veränderungen geben.

Welches Krankheitsbild entsteht, hängt weitgehend von den konstitutionellen, psychischen Voraussetzungen ab, entscheidend ist aber die Art der auslösenden Ursache,

Milieuschäden und vielleicht auch das "Ziel" der Erkrankung.

Für die Bedeutung der Konstitution seien hier auch die Untersuchungen von LEGENDRE angeführt, aus denen sich ergibt, daß die Pubertät

1.) bei einem psychasthenischen Kind zum Versagen gegenüber der Umwelt und zur Unruhe und Depression führt.

2.) Bei einem paranoiden Kind zu einer "Ich-Überschätzung",

3.) und ein schizoides Kind schließlich wird sich der Umwelt verschließen.

Es zeigte sich aber bei der Nachuntersuchung auch, daß nicht bei allen Krankheitsbildern die Bedeutung der konstitutionellen Präformierung gleich war.
Bei Patienten mit Suicidversuchen spielten z.B. das psychische Mangelmilieu und soziale Mißerfolgserlebnisse während der ohnehin labilen Phase der Pubertät, bezw. Nachpubertät eine wichtige Rolle. Hier war dann folglich nach der Pubertät eine relativ gute Besserung zu sehen. Auch war dort, wo die eigentliche Reifungsstörung mit ihrer psychischen Gleichgewichtsstörung mehr entscheidend war, wie z.B. bei Kurzschlußhandlungen, Primitivreaktionen, triebhaften Weglaufens, Verstimmung, nach der köfperlichen Ausreifung häufig eine Besserung des Zustandes zu sehen, wenn nicht die Persönlichkeit schon "verbogen" war, was bei der Verstimmung häufig der Fall war.

Die Symptome aber, die ihre Ursache mehr auf der konstitutionellen Basis hatten, wie

psychogene Anfälle, vegetative Dystonie und Dysregulation, Kopfschmerzen (hier war die konstitutionelle Basis nicht so zur Krankheitsentstehung begünstigend, wie bei der vegetativen Dystonie), hypochondrische Entwicklung;

zeigten auch nach der Pubertät keine wesentlichen Besserung. Hier hatte die Pubertät lediglich zu einer Akzentuierung des Krankheitsbildes geführt, bezw. hatte es über die Schwelle des Bewußtseins gehoben.

An dieser Stelle sollen jetzt einmal die Befunde der einzelnen Symptomgruppen miteinander verglichen werden.

Es soll vorallem eingegangen werden auf :

A.) Die Alters- und Geschlechtsverteilung ;
B.) die familiäre Belastung ;
C.) die Familiensituation ;
D.) die sexuellen Probleme ;
E.) den Besserungsgrad bei der Nachuntersuchung in Beziehung zu der Symptomatik, der soziologischen und der Kontaktentwicklung ;
F.) den Familienstand.

Die Angaben befinden sich im einzelnen in den Abhandlungen der jeweiligen Symptomgruppen und auf den Tabellen am Schluß der Arbeit.

Wegen einer besseren Übersicht und zum leichteren Verständnis wurden einige Symptomgruppen zu einer gemeinsam zusammengefaßt, sodaß nur noch 5, statt ursprünglich 10 Gruppen aufgeführt werden.

Es sind dies:

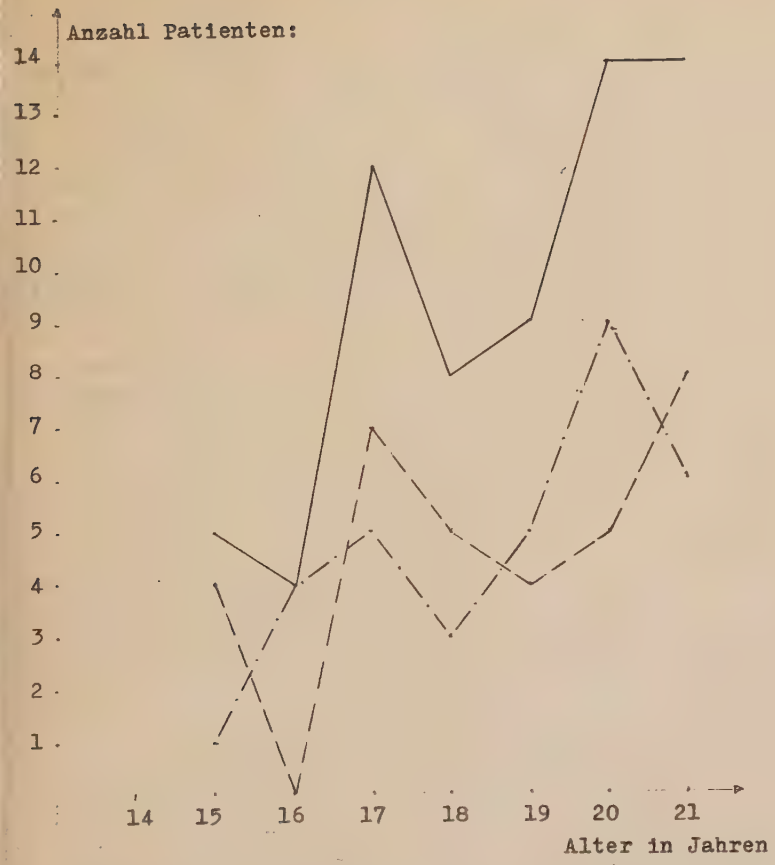
1.)	Suicid-Versuche:	13 Patienten, davon 5 Frauen und 8 Männer.
2.)	Verstimmung:	9 Patienten, 4 Frauen und 5 Männer.
3.)	Hypochondrisches Syndrom:	3 Männer.
4.)	Vegetative Dystonie und Kopfschmerzen:	30 Patienten, 22 Frauen und 8 Männer.
5.)	Paroxysmale Symptomatik: Psychogene Anfälle, Kurzschlußreaktionen, Primitivreaktionen, Verwahrlosung, Verdacht auf kurze delirante Episoden,	14 Patienten, 5 Frauen und 9 Männer.

A.) Alters - und Geschlechtsverteilung:

Am besten ist die Altersverteilung bei dem erstmaligen Auftreten der Symptome der insgesamt 36 Frauen und 34 Männer aus den Kurven 1 bis 3 zu ersehen.

Kurve 1 zeigt die Altersverteilung des gesamten Krankengutes und die Altersverteilung des gesamten Krankengutes in Frauen und Männer getrennt.

Kurve 2 zeigt die Altersverteilung in einzelnen Symptomgruppen, Frauen und Männer gemeinsam.



Altersverteilung des erstmaligen Auftretens der Symptome bei allen Patienten (♀ + ♂) ——— und differenziert in ♀ : — — — und ♂ : — · — ·

Kurve: 1

Aus Kurve 1 ist zunächst ersichtlich, daß zeitlich zwei Altersgipfel vorhanden sind. Diese liegen bei 17 Jahren und bei 20 bis 21 Jahren. Zwischen 17 und 20 Jahren erkrankten erstmalig relativ wenige der nachuntersuchten Patienten, am wenigsten bei 16 Jahren.

Auch bei der Differenzierung in Frauen und Männer zeigt sich, daß beide Kurven, ebenso wie die gemeinsame Kurve, zwei Gipfel haben.

Der erste liegt bei beiden Kurven bei 17 Jahren, allerdings erkrankten hier mehr weibliche, als männliche Patienten. Das hängt wohl damit zusammen, daß bei den weiblichen Patienten die Pubertät ein Jahr früher beginnt, als bei den männlichen.

Der zweite Gipfel liegt bei den Männern früher und zwar bei 20 Jahren, bei den Frauen steigt erst nach 20 Jahren die Häufigkeit wieder an. Auch sind es beim zweiten Gipfel zahlenmäßig mehr Männer. Sowohl bei den Frauen, als auch bei den Männern ist der zweite Gipfel höher als der erste.

Es zeigt sich also, daß direkt nach dem Pubertätsbeginn mehr weibliche als männliche Patienten Symptome einer Pubertätskrise zeigten, daß aber die Spätsymptome oder eine prolongierte Pubertät eher und zahlreicher bei den Männern, als bei den Frauen auftraten.

Bei den Mädchen traten die Symptome eher auf, als bei den Knaben. Die niedrigste Quote liegt bei den Knaben im 18. Jahr, bei den Mädchen im 16. und im 19. Jahr. Auffallend ist, daß im Alter von 16 Jahren bei keiner Patientin die Symptome erstmals auftraten.

Anzahl Patienten:

14 15 16 17 18 19 20 21 Alter in Jahren.

——— Kopfschmerz + veg.Dystonie
— — — Suicid
— · — · Paroxysmale Symptomatik
····· Verstimmung

Kurve: 2
Lebensalter bei Beginn der Beschwerden innerhalb der einzelnen Symptomgruppen (♀ + ♂).

Aus Kurve 2 kann entnommen werden, daß wiederum alle Einzelkuren mehrgipfelig waren. Die Gipfel der Suicid-Versuche, der Verstimmung und der zweite Gipfel der paroxysmalen Symptomatik lagen nahezu beisammen.

Bei der vegetativen Dystonie und Kopfschmerzen gab es drei Gipfel, die ersten beiden Gipfel dieser dreigipfeligen Kurve lagen aber zeitlich vor den Gipfeln der anderen Gruppe. Der erste Gipfel der paroxysmalen Symptomatik lag zwischen dem ersten und dem zweiten Gipfel der vegetativen Dystonie und Kopfschmerzen.

Bei der vegetativen Dystonie und Kopfschmerzen lagen demnach der erste Gipfel drei Jahre vor, der zweite Gipfel ein Jahr vor dem jeweils entsprechenden Gipfel bei den Suicid-Versuchen und den anderen Symptomgruppen.

Die vegetativen Dystoniker scheinen also eher zu dekompensieren, als die suicidalen und zwar bei den vegetativen Dystonikern die Männer durchschnittlich jeweils ein Jahr vor den Frauen.

Der Gipfel der Suicidversuche liegt bei den Männern zwei Jahre vor dem der Frauen, der Gipfel bei den Frauen liegt aber ein Jahr vor dem zweiten Gipfel der Männer.

Einzelne Symptomgruppen nach Frauen und Männern getrennt:

Suicid-Versuche: Männer: Am häufigsten bei 17-18 Jahren und 20 - 21 Jahren.

Frauen: bei 19 - 20 Jahren.

Vegetative Dystonie und Kopfschmerzen:

Frauen: Die wenigsten Patienten bei 16 und 20 Jahren, sonst in jedem Jahr annähernd die gleiche Anzahl.

Männer: Jeweils am häufigsten traten die Symptome bei 15-16 Jahren und 19-21 Jahren auf.

Die Häufigkeit der Erkrankung bei Männern und Frauen verhält sich hier also nahezu spiegelbildlich.

Verstimmung: Männer: am häufigsten bei 20 Jahren,

Frauen: bei 21 Jahren.

Hypochondrische Entwicklung:
bei 19-21 Jahren. Es wurden nur Männer nachuntersucht.

Paroxysmale Symptomatik:

Frauen: Größte Häufigkeit bei 17 Jahren und bei 20-21 Jahren,

Männer: Die Symptome traten am häufigsten zwischen 16-17 Jahren und bei 20 Jahren auf.

B.) Familiäre Belastung:

Eine familiäre Belastung in Form von psychischen Auffälligkeiten bei den Eltern, ließ sich nur in einigen Fällen genau feststellen. Die Dunkelziffer ist hier aber sehr groß, da die Patienten meist nicht bereit waren, hierüber genaue Auskünfte zu geben, bezw. die Auskünfte nicht zuverlässig genug waren. Sicher konnte eine familiäre Belastung aber festgestellt werden, bei:

Suicid-Versuche: Bei einer Patientin litt der Vater an einer manisch-depressiven Erkrankung, bei einem Patienten war die Mutter schizophren.
Ein weiterer Patient hatte einen Alkoholiker zum Vater.

Verstimmung: Hier waren zwei Patienten belastet, bei einem war der Vater übertrieben jähzornig, bei dem anderen die Mutter eine Alkoholikerin mit sehr undurchsichtigem Lebenswandel.

Psychogene Anfälle: Von einem Mann war der Vater sehr jähzornig, bei zwei Frauen jeweils die Mutter unangepaßt streng, bezw. übererregbar.

Auffällig ist, daß in der Gruppe der vegetativen Dystonie + Kopfschmerzen die Familien-Anamnese stumm war, obwohl sich ja im Laufe der Nachuntersuchung gezeigt hat, daß gerade diese Symptome am meisten anlagemäßig präformiert sind. Es ist aber wohl so, daß die Dunkelziffer besonders groß ist, da vegetative Symptome oft nicht so auffällig hervortreten.
Von den Patienten, bei denen sich eine familiäre Belastung sicher nachweisen ließ, waren zwei bei der Nachuntersuchung gebessert und zwar der Patient mit der schizophrenen Mutter und bei den psychogenen Anfällen die Patientin mit der überstrengen Mutter. Alle anderen hatten sich in der Zeit bis zur Nachuntersuchung in ihrer Symptomatik nicht gebessert, bezw. verschlechtert.
Erwähnt sollte hier auch noch werden, daß bei insgesamt 6 Patienten der Verdacht auf eine frühkindliche Hirnschädigung bestand und zwar bei einer Frau und 5 Männern.(siehe Tabelle)

C.) Familiensituation:

Es soll hier auf die auch im anglo-amerikanischen Schrifttum immer wieder besonders hervorgehobene gestörte Familiensituation ("broken-home-Situation") eingegangen werden.

	Suicid – Versuche		Verstimmung		Hypochondrie		veg.Dyst. + Kopfschmerzen		Paroxysmale Symptomatik	
	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂
gestörte Familien-Situation:	2	5	2	2	—	—	5	2	3	3
ehel.Harmonie schlecht	2	4	2	4	—	—	2	1	1	1
Unauffällige Familiensit.	2	2	1	1	—	3	17	4	1	5

Es wurden nur diese Patienten in der Rubrik "gestörte Familiensituation" aufgeführt, bei denen ein Elternteil gestorben, bezw. die Eltern geschieden waren. Die Patienten, bei denen die eheliche Harmonie der Eltern als schlecht angegeben wurde, also eine innere gestörte Familiensituation bestand, die Familie aber äußerlich intakt war, – werden unter dieser Rubrik speziell erwähnt.
Am häufigsten fand sich eine "gestörte Familiensituation" bei den Gruppen der Suicid-Versuche und der vegetativ-dystonischen Symptomatik und zwar verhält sich die Zahl der Frauen und Männer in diesen beiden Gruppen spiegelbildlich zueinander. Die eheliche Harmonie der Eltern war am häufigsten bei den Suicid-Versuchen und den Verstimmungszuständen gestört und noch häufiger bei den Männern.
Auffallend ist, daß in der Gruppe der paroxysmalen Symptomatik nur bei zwei Patienten eine gestörte Ehe der Eltern vorlag, während keiner der Patienten, bei denen sich ein hypochondrisches Syndrom fand, durch eine solche Situation belastet war.

D.) Sexuelle Probleme:

Vor der erstmaligen Klinikaufnahme ließen sich sexuelle Probleme erkennen bei :

	Suicid – Versuche		Verstimmung		Hypochondrie		veg.Dyst. + Kopfschmerzen		Paroxysmale Symptomatik	
	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂
sexuelle Probleme	4	3	2	4	—	2	4	—	1	—
keine sexuellen Probleme	1	5	2	1	—	1	18	8	4	9

Am häufigsten fanden sich also sexuelle Probleme bei den Patienten, die nach einem Suicid-Versuch in der Klinik aufgenommen wurden; relativ selten fanden sie sich bei den Patienten mit der vegetativ-dystonischen Symptomatik.

E.) Besserungsgrad:

(siehe auch Tabelle).

Die Symptomatik hat sich bei den Suicid-Versuchen am besten, bei den Wegläufern und bei der hypochondrischen Symptomatik am wenigsten gebessert. Die Patienten mit der vegetativ-dystonischen Symptomatik zeigten ebenfalls eine geringe Besserungstendenz, ebenso die Patienten in der Gruppe der Verstimmung und der psychogenen Anfälle.

Nach der Häufigkeit : gut gebessert, wenig gebessert, ungebessert bezw. verschlechtert ließ sich folgende Reihenfolge aufstellen:

a) Suicid-Versuche

b) Vegetative Dystonie + Kopfschmerz

c) Verstimmung

d) Paroxysmale Symptomatik

e) Hypochondrische Entwicklung.

Man kann Gruppe b - e zusammen als hauptsächlich wenig gebessert der Gruppe a als hauptsächlich gut gebessert gegenüberstellen.

Während die Suicid-Versuche mehr psychoreaktiv bedingt sind, und dadurch eine relativ gute Besserungstendenz zeigen, sind z.B. die vegetativ-dystonischen Symptome mehr anlagemäßig und konstitutionell bedingt, ihre Besserungstendenz ist gering.
Besonders krass zeigt sich dies bei den Patienten mit einer hypochondrischen Entwicklung, die sämtlich in ihrer Symptomatik ungebessert waren.
Nahezu dieselbe Reihenfolge zeigt sich in Bezug auf Auffälligkeiten in der Kontaktentwicklung und in der soziologischen Entwicklung.

F.) Familienstand zurzeit der Nachuntersuchung:

Eigenartigerweise fiel bei den Patienten mit einem Suicid-Versuch bei der Nachuntersuchung sehr häufig ein im Kontaktbereich unauffälliges Verhalten auf, trotzdem war der Prozentsatz der Eheschließungen in dieser Gruppe relativ gering.

Bei der Gruppe der vegetativen Dystonie + Kopfschmerzen war es gerade umgekehrt, d.h. der Kontakt war häufig gestört und dennoch wurden relativ viele Ehen geschlossen.

Dieser Befund soll hier nur als Tatsache hingestellt werden, die Diskrepanz läßt sich schlecht aufklären. Möglicherweise ist es ein Fehler der kleinen Zahl.

Grundsätzlich ließ sich bei den nachuntersuchten Patienten aber erkennen, daß nach der Pubertät entweder wieder eine subjektive Besserung der Symptome stattgefunden hatte, oder die Symptomatik ungebessert war, bezw. sich verschlechtert hatte.

Ebenso war überall eine anlagemäßige Präformierung zu erkennen, wenn auch, wie gesagt, mit unterschiedlicher Bedeutung und Ausmaß. Sie zeigte sich auch auf dem Gebiet der Kontaktentwicklung und der soziologischen Entwicklung, die grundsätzlich nach der Pubertät wieder günstiger verliefen, wenn nicht die anlagebedingte Präformierung auch Kontaktstörungen und soziologische Störungen mit einschloß, d.h. die Kontakt- und soziologische Entwicklung verlief unauffällig, wenn nicht die Persönlichkeitsstruktur von vornherein eine Störung wahrscheinlich werden ließ. Diese Präformierung zusammen mit dem Milieu und anderen exogenen Einflüssen ergab das Bild der Gesamtpersönlichkeit.

Große Bedeutung für die Gesamtpersönlichkeit hatte die Pubertät mit ihrer allgemeinen Labilität, ihrer psychischen Unausgeglichenheit und ihrer Neigung zu überschießenden Reaktionen auf Reize, wodurch wiederum die Bedeutung eines Konfliktes gesteigert wurde.

Diese Konflikte nun fanden sich bei allen nachuntersuchten Patienten, auch war meist das familiäre Milieu ungünstig. Der Konflikt löste bei der Gesamtpersönlichkeit eine Symptomatik aus, deren Art von dem Konflikt und der Gesamtpersönlichkeit abhängig war.

Ausgenommen hiervon sind selbstverständlich die Fälle, bei denen eine organische Ursache der Erkrankung vorlag, oder bei denen eine organische Erkrankung die weitere Entwicklung bestimmten.

Es zeigt sich also die Bedeutung der Anlage, die sowohl ererbt sein kann, als auch intrauterin oder auch extrauterin erworben und die in der Pubertät zu einer endokrinen Labilität führen kann. Es zeigt sich aber auch die Bedeutung der Familie, des Milieus, von Konfliktsituationen und von der Umwelt im allgemeinen. Keine dieser Faktoren muß unbedingt zu einer Pubertätskrise und der Erkrankung als Folge davon führen. Nur wenn sie bei einer Person gehäuft vorkommen, ist die Gefahr groß.

So wird z.B. trotz anlagemäßiger Präformierung die Pubertät normal verlaufen, wenn nicht zu den normalen Pubertätsproblemen noch zusätzliche Konflikte von Seiten der Eltern, der Umwelt und des Milieus kommen.

Wenn auch die Bedeutung der Umweltfaktoren nicht zu hoch veranschlagt werden darf, so zeigen doch diese Untersuchungen, daß sie in vielen Fällen eine gewisse Bedeutung haben,

am meisten bei den Suicid-Versuchen,

am wenigsten bei der vegetativen Dystonie und den Kopfschmerzen.

D.) Gesamtzusammenfassung.

Durch eine Nachuntersuchung bei 69 Patienten im Alter von 15-21 Jahren, von insgesamt 117 behandelten, die unter den Diagnosen:

Vegetative Dystonie, vegetative Dysregulation, Kopfschmerzen, depressive Verstimmungszustände, psychogene Anfälle, Erregungszustand, Hypochondrie, Primitivreaktionen, Kurzschlußreaktionen, Verwahrlosung, delirante Episoden, Suicid-Versuche

vor insgesamt 3-12 Jahren in der Nervenklinik aufgenommen worden waren, konnte gezeigt werden, daß diese Symptomgruppen als Symptom einer Pubertätskrise, bezw. als Folge eines krisenhaften Pubertätsverlaufes gelten können.

Je nach Präformierung und Spannungsursache entwickelt sich ein bestimmtes Krankheitsbild.

Die Nachuntersuchung der einzelnen Krankheitsbilder ergab, daß die Symptomatik sich in den Fällen gut gebessert hatte, wo (wie z.B. bei den Suicid-Versuchen) eine konstitutionelle Präformierung nicht von so großer Bedeutung war.

Anders war dies z.B. bei der vegetativen Dystonie, wo die Konstitution eine größere Bedeutung hat; hier war der Prozentsatz von wenig gebesserten und ungebesserten Patienten groß.

Die Pubertät diente hier oft nur zur Akzentuierung des Krankheitsbildes. Diese akzentuierende Wirkung zeigte sich aber auch bei den anderen Krankheitsbildern.

Nach der Pubertät waren drei Wege möglich:

1.) Die Reifungsstörung wurde behoben und die Symptomatik besserte sich gut, was bei relativ wenigen Patienten der Fall war, am häufigsten bei den Patienten mit Suicidversuchen.
Bei einigen Patienten konnte die Symptomatik aber durch neue Konflikte wieder hervorgerufen werden,

wie vorallem in den Gruppen der vegetativen Dystonie und der Kopfschmerzen.

2.) Die Symptomatik hatte sich nur wenig gebessert. Hier waren auch oft die Kontaktentwicklung und die soziologische Entwicklung ungünstig verlaufen. Hierzu gehören die Gruppen: Verstimmung und paroxysmale Symptomatik.

3.) Die Patienten zeigten sich in ihrer Symptomatik, sowie auch in ihrer Kontaktentwicklung und soziologischen Entwicklung ungebessert, oder verschlechtert. Diese Fälle wurden nicht oft gefunden, nur bei der hypochondrischen Entwicklung waren sie häufig.

Die Ursachen, die zur Besserung der Symptomatik geführt hatten, waren neben dem Ausreifen und Herauswachsen aus der, diese Krankheiten begünstigenden Pubertät, folgende:

Milieuwechsel, Schaffung anderer Lebensbedingungen, Beseitigung des Konfliktstoffes, Heirat, Kinder, Entstehung einer Verantwortung, einer Aufgabe.

Hier muß auch die Therapie der Pubertätskrisen ansetzen.

Die Pubertätskrise ist nicht allein ein medizinisches, sondern auch ein soziologisches Problem und nur einige ihrer Erscheinungsformen fallen in medizinisches Gebiet. Eine wirksame Therapie muß daher nicht allein auf medizinischen Gebieten ansetzen.

E.) Literaturübersicht:

Gg.K.ANASTASOPOULOS: Zur Pathogenese exogener Psychosen
Archiv f.Psychiatrie.202,527-539.1961.

Inge BAADER: Bedeutsame psychische und soziale Ursachen des Selbstmordes bei Kindern und Jugendlichen.
Monatsschr.Kinderheilkde.103,55-56.1955.

A.Leslie BANKS: Puberty.
Brit.med.J. Nr. 5064. 193-196. 1958.

W. BIRKMAYER u.
W. WINKLER: Klinik und Therapie der vegetativen Funktionsstörungen. Springer. Wien.1951

BINSWANGER-SIMMERLING: Die Psychosen und Möglichkeiten ihrer Interpretation. 276 S. 1949. Hirzel-Vlg.

B. BORNEMANN: Jugendprobleme unserer Zeit.
Psycholog. Rundschau 9, 77-104. 1958.

J. CREMERIUS: Der an Kopfschmerzen leidende Kranke.
In: Psychosomat. Med.
Kottmaier-Schettler: Taschenbuch der praktischen Medizin.
Gg. Thieme, Verlag, Stuttgart

S. FREUD: Abriss der Psychoanalyse.
Das Unbehagen in der Kultur.
Gesammelte Werke, Bd. 13 und 14.
Frankfurt/M.

L. GAYRAL: Les troubles neuro-psychiques de la puberté et de l'age critique.
Synthèses cliniques. Suppl. d. Monogr. Med. et Scient. Nr. 79,
Paris: Dr.Jean Garnier, 1959.

A. GEHLEN: Die Seele im techn. Zeitalter.
Sozialpsychologische Probleme in
der industriellen Gesellschaft
Rowohlt-Vlg., Reinbeck-Hamburg.

S. HADDENBROCK: Psychogene Reaktionen.
In: Geisteskrankheiten.
Kottmaier-Schettler: Taschenbuch
der praktischen Medizin.
Gg. Thieme, Verlag, Stuttgart.

H. HÄFNER: Die existentielle Depression.
Archiv für Psychiatrie und Zeitschrift
für Neurologie. Bd.191, S.351-364, 1954.

E. HARMS: The escaping adolescent.
Dis.nerv.Syst.21, 27-30, 1960.

G. HARRER: Vegetative Dystonie.
Almanach für Neurologie und Psychiatrie
1961, Seite 163-176.
J.F.Lehmanns Vlg., München.

Elisabeth M.HAU: Pubertätsproblematik und neurotische
Fehlentwicklung.
Prax.Kinderpsychol.10, 124-130, 1961.

H. HEYCK: Der Kopfschmerz.
Berlin. 3.Aufl. 1964, VIII.
Gg. Thieme Vlg., Stuttgart.

P.K.HOFSTÄTTER: Einführung in die Sozialpsychologie.
Kröner, Stuttgart. 1959.

H. KORBSCH: Lehrbuch der Psychiatrie,
(Hebephrenie, Psychastheniker,
Symptomatische Psychosen).
Begr.v.M. Fuhrmann.
Verlag f.angewandte Wissenschaft S.131.
4.Aufl. 1955.

E. KRETSCHMER: a) Schizophrenien und Pubertätskrisen und ihre seelische Führung. Regensburger Jb. ärztl. Fortbildung 5, 144-147, 1956.

b) Pubertätskrisen. IN: Psychotherapeutische Studien S. 127-138 Georg Thieme, Vlg. Stuttgart. 1949.

Odette LEGENDRE: Psychisme et puberté. Rev. Praticien. 1955, 1031-34.

H. LEUNER: a) Phasenspezifische Faktoren bei abnormen Erlebnisreaktionen der Präpubertät. Mschr.Kinderheilkunde 103,54-55, 1955.

b) Die Bedeutung des epochalen Entwicklungswandels für die Disposition zu Neurosen und psychosomatischen Erkrankungen im Jugendalter. Zeitschr.f.Psychotherapie und medizin. Psych. 12. 1962, S.11-20.

H. LUTZ: Vegetative Dystonie. Psychiatrie, Neurologie und medizin. Psychologie 3/14. Jahrg.

R.E. MARK: Klinik und Therapie der vegetativen Dystonie. Springer-Vlg. Wien, 1954.

A. MIRSKY: Physiologic, Psychologic and Social Determinants of Psychosomatic Disorders. Dis.Nervous System 21, Section 2,50, 1960.

H.H. MUCHOW: a) Sexualreife und Sozialstruktur der Jugend. Rowohlt Vlg., Reinbeck-Hamburg.

b) Jugend und Zeitgeist-Morphologie der Kulturpubertät. Rowohlt Vlg., Reinbeck-Hamburg, 1962.

H. SCHELSKY: Soziologie der Sexualität.
Rowohlt Vlg., Reinbeck-Hamburg, 1955.

W. SCHINDLER: Folgeerscheinungen der Pubertät für die Neurose der Erwachsenen.
Z.f.Psychother.med.Psychol.
XI, 1961, S. 177-185.

H. SCHULTE, STOEVESANDT, STROEBE : Daseinsformen und Nöte der Heranwachsenden.
6 Vorträge eines akad. Fortbildungskursus, veranstaltet vom Ärztl. Verein, Bremen.
Dorn-Verlag, 1957. 70 S.

E. SPRANGER: Psychologie des Jugendalters.
Quelle & Meyer, 1949.

E. STERN: Verspätete Pubertätskrisen.
Zeitschr. f. Psychotherapie und medizin.
Psychol. VI. 1956, S. 45-60.

F.G.v. STOCKERT: Probleme der Pubertät.
Nervenarzt 32, 341-346, 1961.

W. TRÖGER: Die kritische Phase der 16- und 17-Jährigen.
Z. exp. Psychol. 6, 868-886, 1959.

Th. v. UEXKÜLL: Funktionelle Syndrome in der Praxis.
Psyche 12, 1958, S. 481-496.

Leonore ZUMPE: Selbstmordversuche von Kindern und Jugendlichen.
Z. Psychother.med. Psychol. 9, 223-243, 1959.

Tabelle 3.

	Suicid - Versuche		Verstimmung		Hypochonder		veg.Dyst. + Kopfschmerzen		Paroxysmale Symptomatik	
	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂
Symptomatik: gut gebessert	3	5	1	—	—	—	8	1	1	1
wenig gebessert	—	3	3	1	—	—	9	4	2	—
ungebessert	2	—	—	4	—	3	5	3	2	8
Frühkindl. Hirn-schaden	—	2	—	1	—	—	1	—	2	—
verheiratet	2	3	2	—	—	2	10	1	3	2
verlobt	—	—	—	1	—	—	—	4	—	1
geschieden	1	—	—	—	—	—	—	1	—	—
Kontakt auffällig	3	4	2	3	—	3	7	2	1	5
Soziolog. Entwicklg. auffällig	1	4	1	2	—	3	1	2	1	6

L e b e n s l a u f :

Jürgen K u n a t h

Am 19.10.1939 wurde ich als Sohn des Dipl.Ing. Alfred Kunath und der Margarete Kunath, geb. Peters in Berlin geboren.

Durch die Kriegsereignisse mußte unser Wohnsitz 1945 von Berlin nach Unterkochen/Kreis Aalen/Wttbg. verlegt werden. Hier besuchte ich von 1945 bis 1950 die Volksschule und anschließend in Aalen das dortige Schubart-Gymnasium, wo ich 1959 mein Abitur ablegte.

Im Mai 1959 begann ich mein Studium der Medizin an der Universität Tübingen. Die naturwissenschaftliche Vorprüfung habe ich am 20. April 1960 und die ärztliche Vorprüfung am 28. Oktober 1961 in Tübingen bestanden.

Nach klinischen Studien in Tübingen und Wien und Famulaturen in Deutschland und Schweden habe ich das ärztliche Staatsexamen am 11. Dezember 1964 in Tübingen bestanden.

Fotodruck Frau Elly HUTH Tübingen